

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

山口県後期高齢者医療広域連合 殿

令和 年 月 日

解除対象者	代理人氏名		代理人連絡先	
	フリガナ		被保険者連絡先	
	被保険者氏名		被 保 険 者 生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
	被 保 険 者 住 所	〒 ー 都 道 市 区 府 県 町 村		
	被保険者番号			
	マイナンバー カードの健康 保険証利用登 録の解除につ いて	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名： _____		

(解除を希望する理由)

- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2か月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。

記入例

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

山口県後期高齢者医療広域連合 殿

令和 6 年 12 月 2 日

解除対象者	代理人氏名	広城 花子	代理人連絡先	083-921-7110
	フリガナ	ヒロキ 花子	被保険者連絡先	
	被保険者氏名	広城 太郎	被保険者 生年月日	大正・昭和 24 年 1 月 1 日
	被保険者 住所	〒 753 - 0072 山口 都道 山口 市 区 大手町9番11号 府 県 山口 町 村 山口県自治会館4階		
	被保険者番号	01234567		
	マイナンバー カードの健康 保険証利用登 録の解除につ いて	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名： <u>広城 太郎 代理人：広城 花子</u>		

(解除を希望する理由)

マイナ保険証の利用登録をしたが、被保険者一人でマイナ保険証を利用した受診が難しいため。

- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1～2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。