

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

阿久比町長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名							
	住所	〒 ー						
	電話番号							
	被保険者記号番号 ※枝番を含め、全て正確 に記載してください。	被保険者記号番号		枝番				
	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	☐ 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。