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

上ノ国町長 殿

令和 **6**年**12**月 **2**日

フリガナ	カミノクニ タ	ㅁウ		生年					
氏名				月日	平成	・令和	42年	3 月	1 日
	上ノ国 オ	大郎							
住所	(郵便番号	<u>コ</u> ブ	-)						
		都道		市国	X.				
	北海	府県	檜山郡上ノ国	町木	寸	字大图	習100番	争地	
連絡先	1 2 3 -	-4567	-7890						
被保険者等記	己号・番号		被保険者等記号				番号		枝番
記載してくださ	(\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		上ノ国			0 1 2	2 3 4 5 6	3	1
マイナンバ	✓マイナ	トンバーカ	ードの健康保険証	利用登錄	最の解	除を申請	青します。		
ーカードの						_			
健康保険証	□に∨を記入し、有名をお願								
	はできなくなります。								
	※利用登録の解除を申請した方には、保険者から貸格傩説								
て									
	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。								
						,	سال ا		
			<u> </u>	<u>署名:</u>		上/国	太郎		
	氏名 住所 連絡先 被保険者等言 ※枝番を含め、記載してくださ マイナンバ ーカードの	氏名上ノ国住所(郵便番号北海北海連絡先123-被保険者等記号・番号※枝番を含め、全て正確に記載してください。ご載してください。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健康保険証利用登録の解除について※利用登録を表してきた。が利用登録の解除について※利用登録。が利用登録。※利用登録。	氏名 上ノ国 太郎 住所 (郵便番号 北海 お貸 北海 府県 連絡先 123-4567 被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 記載してください。 マイナンバーカートの健康保険証利用登録を解除するなくなりままます。 利用登録の解除を医療機関・薬局を、※利用登録解除後、	氏名 上ノ国 太郎 住所 (郵便番号 -) 連絡先 123-4567-7890 被保険者等記号・番号 ※技番を含め、全て正確に記載してください。 上ノ国 マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除すると、マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除すると、マイナンバーカードの健康保険証がます。 マイナンバーカードの健康保険証がます。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードの健康保険証がます。 ※利用登録を解除すると、マイナンがはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、作業機関・薬局を受診等される際には、2000年度時間に対するまで、1~2か月程度時間に対するまで、1~2か月程度時間に対するまで、1~2か月程度時間に対するように対するまで、1~2か月程度時間に対するように対す	氏名	正	任所	任所	氏名 上ノ国 太郎 住所 (郵便番号 -) 連絡先 1 23-4567-7890 被保険者等記号・番号 被保険者等記号 番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 上ノ国 0123456 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。 水利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンはできなくなります。 ※利用登録の解除を解除すると、マイナンバーカードによりオン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を変換し、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」「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。

(解除を希望する理由)

記入例:今後利用するつもりがないため、健康保険証の利用登録が必須だと勘違いしたため、 情報漏洩に不安があるため 等

- ※ 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で、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、 **解除を希望する理由を記入願います。** 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っことは可能です。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
- (備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。
 - (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。

課長等	課長補佐等	主査等		
			備	
			考	
			J	