

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

長浜市長様

令和 6 年 11 月 1 日

解 除 申 請 者 （ 対 象 者 ）	フリガナ	ナガハマ タロウ		生年 月日	昭和 平成 令和 3 年 11 月 2 日
	氏名	長浜 太郎			
	住所	(郵便番号 526 — 8501) □滋賀県長浜市 八幡東町 632 番地			
	連絡先	電話番号	0749 - 〇〇-〇〇〇〇		
	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。	被保険者等記号	番号	枝番	
		滋長	1 2 3 4 5 6 7 8	0 1	
	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。 ※ 利用登録解除の申請後に医療機関等を受診される際は、お手持ちの国民健康保険被保 険者証に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有 効期限以降は、資格確認書を送付いたしますので、資格確認書を提示してください。 ※ 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： 長浜 太郎			

※代理人による申請の場合（委任状が必要です）

代理人氏名 _____ 連絡先電話番号 _____

(解除を希望する理由)

〇〇〇〇〇のため

※ 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。

-----※保険者記入欄(下記欄には記入しないでください)-----

本人確認（来庁者）	システム確認・入力	資格確認書交付	受付・入力	合議
個人番号カード・免許証 保険証・その他 （ ）	☐ 国保資格あり ☐ 国保証有効期限 （ 年 月 日まで） ☐ 解除入力	☐ 資格確認書交付 あり ・ なし ☐ 即日交付 ☐ 郵送（ 月 日）	☐ 本庁 ☐ くらし ☐ （ ）	
代理申請：□委任状				