

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

苫前町長 様

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	(郵便番号 -)			
	連絡先				
	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	
		苫前			
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。