

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

記入例

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

令和 ○年 ○月 ○日

解除申請者	フリガナ	コウイキ タロウ		生年	大正・昭和
	氏名	広域 太郎		月 日	平成・令和 ○年 ○月 ○日
	住所	(郵便番号 312 - 8501 )			
		茨城	都道府県	ひたちなか	市区町村
		東石川2-10-1			
	連絡先	電話番号	029-273-0111		
	被保険者番号	00000000			
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除する	<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。			

解除申請者は、マイナ保険証の利用登録を解除するご本人となります。

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ません。解除後、医療機関には資格確認書の持参が必要です。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： 広域 太郎

(解除を希望する理由)

- ・利用が困難
- ・不安がある 等

- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診する際、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。

ご本人が申請する場合は、署名をしてください。  
代理人が申請する場合は、代理人がご本人の氏名を記入してください。

代理人が申請する場合は、申出者欄を記入してください。

申出者（代理人により申請する場合は下記について記入してください）

住所 ひたちなか市東石川2-10-1

氏名 広域 花子

電話番号 029-273-0111

上記被保険者との関係 妻

(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。