

# マイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請書

古賀市長 殿

令和 年 月 日

解除申請者			
記号・番号	0 2 9 ・	電話番号	— —
フリガナ		生年月日	S / H / R 年 月 日
氏名			
住所	(〒 — )		
解除を希望する理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを医療機関窓口で提示したくないため <input type="checkbox"/> オンライン資格確認を利用したくない (してほしくない) ため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<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求めます。また、この解除作業を行うため、公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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「健康保険利用登録の申込状況」画面に反映されるまで時間がかかる場合があります。			
署名：			

- ・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。
- ・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き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。

代理人申請の場合 (代理人による申請の場合は申請者からの委任状が必要です。)			
代理人氏名		生年月日	S / H / R 年 月 日
代理人住所		連絡先	