

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

(宛先) 入間市長

令和 年 月 日

被保険者記号・番号	-		
住 所			
電 話 番 号			
解 除 対 象 者	フリガナ	生年月日	昭・平・令 西暦 年 月 日
	氏 名		
	フリガナ	生年月日	昭・平・令 西暦 年 月 日
	氏 名		
	フリガナ	生年月日	昭・平・令 西暦 年 月 日
	氏 名		
	フリガナ	生年月日	昭・平・令 西暦 年 月 日
氏 名			
届 出 人	フリガナ		
	氏 名	(※代理人が申請する場合は、委任状等添付が必要です。)	
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。		
	<p>※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。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方で、現在、有効な保険証をお持ちでない方については、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、保険証又は資格確認書の持参が必要です。</p> <p>※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、2か月程度時間がかかります。その間に、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なうようにしてください。</p>		
<p>(解除を希望する理由)</p> <p><input type="checkbox"/>不正利用・情報漏洩の懸念があるため <input type="checkbox"/>マイナ保険証に不便さを感じるため <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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なうことができます。</p>			

受付印	受付窓口	本人確認	資格確認書	受付者
	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送(/) <input type="checkbox"/> 不要(有効な証あり)	