

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

記載例

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	コウキ タロウ		生年月日	大正・昭和 平成・令和 20年 1月 1日		
	氏名	後期 太郎					
	住所	(郵便番号 311-4141)					
		茨城	都道府県	水戸	市区町村		
		赤塚1丁目1番地					
	連絡先	電話番号	029-309-1212				
	被保険者番号	00000001					
	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 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。 ※利用登録を解除すると、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。 ※利用登録の解除を希望する被保険者について、ご記載ください。 ※利用登録の解除後、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。					
		署名： 後期 太郎					

(解除を希望する理由)

- ・マイナンバーカードを健康保険証として利用できるように登録しておくことに不安があるため。
- ・今後、継続して資格確認書を交付してもらうため。

※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することにより、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。

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 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地

氏名 後期 一郎

電話番号 029-309-1212

上記被保険者との関係 子

代理人が申請する場合がございます。本人申請の場合は記載不要です。

(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。