

記入例

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

| | | | | |
|--|---|--------------|------|-------------|
| 解除を希望する被保険者 | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | | |
| | フリガナ | フジサワ タロウ | | |
| | 氏名 | 藤沢 太郎 | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 住所 | 藤沢市朝日町1-1 | | |
| | 電話番号 | 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | | |
| 神奈川県後期高齢者医療広域連合長 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。 (申請日) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | |
| <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 必ず申請者本人が申請日を記入してください。 (委任状がある場合を除く) </div> | | | | |
| 申請者 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | | |
| | 氏名 | 本人との関係 | | |
| | 住所 | 電話番号 | | |

※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。
 ※利用登録解除申請後、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。
 ※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。

| | | | | |
|---------|------|--|--|-----------------|
| 受付 | 申請者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯員（住基・委任状確認） <input type="checkbox"/> 後見人（登記事項証明等確認） <input type="checkbox"/> 別世帯員等（続柄・委任状確認） | | |
| | 本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他顔写真付証明書（ ） <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他公的証明書（ ） | | |
| 資格確認書交付 | | <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人、同世帯員、後見人 <input type="checkbox"/> 郵送交付（発送日 / 、受療証交付 有・無） | | |
| | | | | 收受印 |