

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

市川市長

令和 年 月 日

解除対象者	フリガナ	コクホ タロウ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
	氏名	国保 太郎			53年 2月 29日	
	住所	市川市八幡〇-〇-〇 国保マンション〇〇〇号室		電話番号	047-999-9999	
	被保険者記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者記号	番号		枝番	
	解除をする理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を使うのが不安なため（操作が難しい等） <input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証を使うのが不安なため（セキュリティ等の心配） <input type="checkbox"/> 資格確認書が必要なため（詳細（任意）：) <input type="checkbox"/> その他（)				
	市	12345678	90			

届出人	氏名	※届出人が解除対象者と異なる場合にはこちらもご記入ください	
		続柄	電話番号

※届出人は解除対象者と異なる場合に記入

○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の確認事項

<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録の解除申請後、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。 <input checked="" type="checkbox"/> 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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うようにしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認はできなくなります。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

○マイナンバーカードの健康保険証利用登録について

<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>※ 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。</p>

受付窓口	交付区分	受付者
<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 支所福祉課 <input type="checkbox"/> 南行徳 <input type="checkbox"/> 行政 SC <input type="checkbox"/> 大柏 <input type="checkbox"/> 郵送	窓口 (免・パ・在・マ・その他)	特定記録