

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

目黒区長 殿

令和 年 月 日

解除対象者	フリガナ				生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
	氏名									
者(申請者)	住所	目黒区 丁目 番 号 電話： ()								
	被保険者等記号・番号	記号	1	0	—	番号			枝番	
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 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「健康保険証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： _____ ※代理のかたが申請する場合、署名欄の記入は不要です。								

【解除を希望する理由】

マイナ保険証を利用しないため

その他 ()

※ 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。

※ 以下は、ご家族・後見人等、被保険者ご本人以外のかたが申請される場合にご記入ください。

届出人	氏名： _____	解除対象者との関係 ()
	住所： _____	
	電話番号： _____ ()	

(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。

職員 記入欄	本人確認書類	資格確認書の交付	処理	点検
	免許証 ・ マイナンバーカード パスポート ・ 在留カード その他 ()	窓口 ・ 郵送		