

記入例(代理人)

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

岐阜県東濃地方広域連合 療広域連合長

令和 ○年 ○月 ○日

解除申請者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		
	フリガナ	ギフ タロウ					生年	大正・昭和・西暦			
	被保険者氏名	岐阜 太郎					月日	17年 8月 9日			
	被保険者住所	(郵便番号 500 - 8701)									
		<input checked="" type="checkbox"/> 岐阜県		都道 <input checked="" type="checkbox"/> 岐阜市			市区町村				
		番 号 司町40 番地 1									
	(代理人住所) <input checked="" type="checkbox"/> 上記に同じ										
連絡先	電話番号	(058) 265-4141									
	(代理人)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記に同じ									
マイナンバーカードの保険証利用登録の解除について	<p>・利用登録解除をすると、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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> このことを理解した上で、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> <p>申請者の署名（または代理人の署名） <u>岐阜 花子</u></p> <p>(代理人の場合、被保険者との関係を記載してください。) 本人との関係 <u>子</u></p>										
(必要書類)	<p>(申請者が被保険者または同一世帯の人の場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類 【本人確認書類（官公署発行のもの）】</p> <p>(申請者が同一世帯外の代理人の場合)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 委任状</p> <p>・顔写真入りの書類1点 または ・顔写真入りではない書類2点 ※郵送の場合は写しを添付</p>										
解除を希望する理由											

※ 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。

受付印	本人確認書類	入力	確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	台帳	台帳
	受付	システム	システム