

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

宛先 八千代市長

年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年 月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	
	住所	(郵便番号 ー) 千葉県八千代市			
	連絡先	電話番号			
	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	
	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： _____			

(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、自分の過去の健康・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。

▼申請に来た方が申請者以外の場合に記入してください

代理人	住所	□申請者と同じ		
	氏名		電話番号	

【事務処理欄】

決 裁	課長	副主幹	主査	担当
	年 月 日			

確認及び処理欄

本人確認	交付方法
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 交付日 <input type="checkbox"/> 申請日と同じ <input type="checkbox"/> 年 月 日