

宛先 八千代市長

令和 〇 年 〇 月 〇 日

フリガナ	ヤチヨ タロウ		生年	昭和 平成・令和
氏名	八千代 太郎		年月日	40 年 1 月 1 日
住所	(郵便番号 276 - 8501) 千葉県八千代市 大和田新田312-5			
連絡先	電話番号	047-483-1151		
解除申請者	被保険者記号・番号	不明の場合は、空欄でご提出ください。		枝番
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。	21	123456	1
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 checked="" 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。 ◆解除申請後の流れ ①八千代市から申請者の方へ「資格確認書」を交付します。 申請者の方は、資格確認書を医療機関に提示することで保険診療が受診できます。 ②申請の翌月末頃、マイナ保険証の利用登録解除が終了し、マイナ保険証を医療機関に提示しても利用できなくなります。			
	申請者の自署が必要となります。自署ができない場合は、委任状が必要です。	署名:	八千代 太郎	

(解除を希望する理由)

解除理由をご記入ください。

- ※ 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、再度利用登録の申し込みは、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局から行うことができます。

申請者でない方がこの届出をする場合に記入してください。

▼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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 八千代市大和田新田333-3		
	氏名	八千代 二郎	電話番号	090-1234-5678

【注】解除申請後、マイナ保険証の利用登録解除情報が反映されるまでの間（2か月程度）で、就職や引っ越し等により、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、利用登録の解除申請を行った旨を伝え、資格確認書の交付を受けてください。