

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

尾 道 市 長 様

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。

令和 年 月 日

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

解 除 申 請 者	被保険者番号		連絡先電話番号		□同上
	フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
	氏 名	□同上			
	住 所	□同上 (郵便番号 -) 尾道市			

(解除を希望する理由) ※次のいずれかにチェックを入れ、その他の場合は具体的に記入してください。

☐ マイナンバーカードの管理が困難なため

☐ マイナンバーカードでの受診が困難なため (介助者等の第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど)

☐ その他 ()

【留意事項】

※ 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。

※ 解除申請後から解除がなされるまでの間（約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。

※ 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。

※ なお、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。

受付印

資格確認書 交 付 日	年 月 日	入力者	送付者	確認者	本人確認書類 マイナンバーカード・運転免許証 その他 ()
不要	窓口 ・ 送付				