

様式第 1 6 号

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

我孫子市長あて

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	氏名					
	住所	(郵便番号 ー)				
		都道 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号：				
		Email：				
	被保険者等 記号・番号	被保険者等記号		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	☐ マイナンバーの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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、1～2か月程度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、自身の過去の健康・医療情報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きを行うことは可能です。健康保険証利用登録は、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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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。

(受付者記入欄)

本 人 確 認	1点 (写有)	○個番カ ○免許 ○旅券 ○住カ ○在カ ○障害者手帳 ○運転経歴 ○その他官公署が発行した写真有のもの（ ）			交 付 方 法	窓口
	2点 ア＋ア もしくは ア＋イ	ア	○保険証(介護) ○資格確認書 (国保・後期) ○特定疾病証 ○特定疾患証 ○限度額証 ○その他官公署が発行した証で、個人識別事項 (①氏名②生年月日③住所) が確認できるもの（ ）			
	イ	○資格確認書 (社保) ○年金手帳 ○社員証 ○学生証 ○クレジットカード ○キャッシュカード ○その他第三者が発行した個人識別事項 (①氏名) が印字記載されたもの（ ）				

*上記の本人確認ができる場合のみ、即日交付します(別世帯は委任状が必要)

決 裁	課 長	課長補佐	課長補佐	係 長	担当	受付窓口		受付者	交付者
						国保	湖北台		
						我孫子	新木		
						つくし野	布佐		
						天王台			