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

安城市長　殿

届出日	令和　　年　　月　　日

解除申請者	フリガナ		被保険者番号・枝番	番号	枝番
	氏　名				
	住　所	〒			
	電話番号	（　　）　　―	生年月日	年　　月　　日	
	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、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。

委任状　※必ず委任者本人がすべて記入してください。　　年　　月　　日

代理人　住　所
　　氏　名
　　連 絡 先

私は、上記の者を代理人とし、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に関する書類の申請と資格確認書の受領の権限を委任いたします。

委任者　住　所
　　氏　名　　（※）
※自署でない場合は、押印が必要です。

　　生年月日　　年　　月　　日

（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。

確認欄（市役所記入）	本人確認	資格確認書
受付＿＿＿＿＿（窓・郵）	運転免許証・マイナンバーカード・住基カード・在留カード・パスポート・その他（　　）	交付・郵送・有