

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

(あて先) 佐倉市長

次のとおり申請します。

令和〇年〇〇月〇〇日

解除申請者	フリガナ	サクラ タロウ		生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 西暦
	氏名	佐倉 太郎			5年 5月 5日
	住所	(郵便番号: 285 - 8501)			
		千葉県 佐倉市 海隣寺町97番地			
	電話番号	043-484-1111			
	被保険者記号・番号	被保険者記号	番号	枝番	
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。	倉	123456-7	01	
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求めます。 ※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。 ※解除申請後から解除がなされるまでの間に、別の医療保険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。 署名: 代理人 佐倉 花子				

代理人欄	氏名	佐倉 花子
	解除申請者との関係	妻
	連絡先	090-0000-0000

※代理人が申請する場合には、別途委任状の提出が必要となることがあります。

(解除を希望する理由)
<input type="checkbox"/> 資格確認書のほうが便利だと感じるため
<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの携帯に不安があるため
<input type="checkbox"/> その他 ()
※ 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き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。

※市使用欄

受付	確認	処理	処理状況	本人確認 (免 個カ 在カ パス 他)
			即時・郵送 発送日 (/)	()