

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

三股町長 様

申請日 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和		
	氏名			平成・令和 年 月 日		
	住所	宮崎県北諸県郡三股町				
	電話番号					
	被保険者 番号 枝番	被保険者番号			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	<input 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、時間がかかる場合があります。  署名： _____					

(解除を希望する理由)

- マイナ保険証での受診が困難であるため。  
 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。

代 理 人	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	
	氏名			<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	住所	<input type="checkbox"/> 解除申請者と同じ住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )  ※代理人(別世帯の方)が申請する場合、委任状が必要です。			
	電話番号				

【町処理欄】

資格確認書保有状況	資格確認書交付	審査	入力
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		

本人確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )