

国保

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

記入例

佐世保市長 殿

令和〇年〇月〇日

フリガナ

サセボ タロウ

生年 月 日

大正 平成 昭和 令和

氏名

佐世保 太郎

〇年 〇月 〇日

住所

長崎県 佐世保市 八幡町1番10号〇△□マンション102号室

電話番号

0956-00-0000

被保険者等記号・番号

被保険者等記号

番号

枝番

※枝番を含め、全て正確に記載してください。

させぼ

1234567

01

解除対象者

☒ 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。

以下の各項目をご確認の上、☒をお願いします。

☒ 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・薬局を受診される際には資格確認書の持参が必要です。※但し、有効な被保険者証をお持ちの場合、資格切れの前に資格確認書を送付します。

健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるま

(2か月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合、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うようにしてください。

解除希望者本人以外の方が申請する場合は
ご記入ください。同じ世帯の方は誓約書に☑、
別世帯の場合は誓約書に代えて別途委任状が
必要です。

署名（本人もしくは申請者）： 佐世保 太郎

申請者（※）

フリガナ

氏名

住所

電話番号

生年 月 日

大正 平成 昭和 令和

年 月 日

《誓約書》 下記のどちらかに☑をお願いします。（同一世帯の方のみ）

☐ 利用登録解除は本人の希望によるものであり、委任を受けたものに相違ありません。

☐ 対象者は未成年者であり、私が親権者であることに間違いありません。

（※）本人申請の場合は不要。同じ世帯の方は誓約書に☑、別世帯の場合は誓約書に代えて別途委任状が必要です。

(解除を希望する理由)

☒ 資格確認書の交付を希望するため

☐ その他

[]

◎以下の確認をお願いします。

・ 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	再調	届出者確認	□委任状	交付	
		免 個力 住力 旅券 在力 他 ()		即	郵
		(No.)			
入力	郵送	受領			
				支所・行政センター	