

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

福井県後期高齢者医療広域連合長 殿

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	フクイ タロウ					
	氏 名	福井 太郎 (代理人の場合は、代理人の氏名をこちらに記入してください)		生年月日	大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	住 所	(郵便番号 918-8511) 福井市 大手3丁目10番1号					
	連絡先	電話番号	0776-20-5383		代理人の電話番号		
		Email	@		代理人のEmail		
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確 に記載してください。	被保険者等記号	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	☒ 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： 福井 太郎					

解除を希望する理由

マイナ保険証での受診が困難なため

- ※ 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。

(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。

申請者確認		受付者
未 ・ 確	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）	