

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

(宛先) 茅ヶ崎市長

年 月 日

| | | | | |
|--|--|----------------------|----------|--|
| 解 除 申 請 者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | (代理人) | | |
| | 住所 | (〒 — —) 都道 府県 | 市区 町村 | |
| | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | |
| | | 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 | 番号 | 枝番 | |
| | 08 | | | |
| 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 (全ての□に✓をし、署名をお願いします) | <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申請します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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ヶ月程度時間がかかる場合があります。 <input type="checkbox"/> 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2ヶ月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、自身が茅ヶ崎市国民健康保険にて解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付についてご確認ください。 | | | |
| | 署名 : _____ | | | |
| 解除を希望する理由 | (理由) <hr/> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ※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。

職員記入欄

| 受付者 | 入力者・日 | 確認者 | 資格確認書発行 | 解除予定日 |
|------|-------|-----|---------------------------|-------|
| 利用登録 | / | | 済 窓口交付・郵送(/ 発送) 未済() | / |