

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

京都府後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成・令和
	被保険者氏名			年 月 日
	被保険者住所	(〒 — )	アパート・施設名 [ ]	
	被保険者連絡先			
	被保険者番号 ※必ず記入してください			
	※代理人による申請の場合 (代理人氏名)			
	(代理人連絡先) (被保険者との関係)			
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。 ※利用登録の解除を申請した被保険者には、有効な健康保険証をお持ちでない場合には、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を持参してください。 署名 _____			

(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 (困難な理由: \_\_\_\_\_ )
- 資格確認書の交付を受けたいため
- 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・薬局等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)・本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証など) を提示してください。

- ・代理人により申請する場合は、代理人住所、連絡先、被保険者との関係を記入し、代理人の本人確認書類を提示してください。
- ・親族以外の代理申請の場合は、委任状を添付してください。
- ・郵送の場合は、本人確認書類のコピーを添付してください。

(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、別の市区町村に異動された場合は、異動後の市区町村に対し、前住所地において解除申請を行った旨を申し出てください。