

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

磐田市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 書	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和
	氏名			年 月 日
	住所			
	電話番号			
	被保険者 記号・番号		/	
	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保険情報の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、資格確認書を提示してください。 ※ 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か月程度かかる場合があります。 署名：_____		

※ 申請は一部の場合を除き本人のみ可能です。(本人以外が申請する場合は委任状をお持ちください。)

(解除を希望する理由) <input type="checkbox"/> 資格確認書の方がマイナ保険証に比べて便利だと感じるため。 <input type="checkbox"/> セキュリティ上のリスク等から、安心して利用できないため。 <input type="checkbox"/> 使い方が分からない(分かりにくい)ため <input type="checkbox"/> その他(その他を選択された方は以下に理由をご記入ください)

(注) 解除申請後から解除されるまでの間(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。