

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

山梨県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			
	氏名	生年月日		
	住所	(郵便番号 - )		
		都道府県	市区町村	
	連絡先			
	解除を希望する者	被保険者番号	被保険者氏名	
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： _____			

(解除を希望する理由)

- ※ 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。

※代理人により申請する場合は、下記に代理人の氏名、住所、連絡先、解除を希望する被保険者との関係を記載してください。

代理人氏名		被保険者との関係	
代理人住所	(郵便番号 - )		
代理人連絡先			