

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

門真市長 様

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

令和 年 月 日

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 解除申請者 | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |  |          | 生年<br>月 日                                                                              | 大正・昭和・平成・令和<br>西暦 年 月 日 |
|       | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |  |          |                                                                                        |                         |
|       | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (郵便番号 - ) |  |          |                                                                                        |                         |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 都道<br>府県  |  | 市区<br>町村 |                                                                                        |                         |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
| 電話番号  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
| 解除対象者 | 被保険者氏名・番号<br><br>※国民健康保険は数字6桁と<br>枝番を、後期高齢者は数字<br>7桁を記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                            | 被保険者氏名    |  | 被保険者番号   |                                                                                        | (枝番)                    |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |  |          |                                                                                        |                         |
| 確認事項  | ※利用登録を解除すると、医療機関・薬局を受診等される際に、健康保険証または資格確認書の持参が必要です。<br><br>※有効な健康保険証または資格確認書を持っていない場合、令和6年12月1日までは健康保険証を、12月2日からは資格確認書を交付します。                                                                                                                                                                                             |           |  |          | 有効な健康保険証または資格確認書を<br><input type="checkbox"/> 持っている<br><input type="checkbox"/> 持っていない |                         |
| 同意事項  | ※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。<br><br>※マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に解除が反映されるのは、受付日の翌月末日となります。<br><br>※解除が完了したことを個別に連絡いたしません。解除されたことの確認はマイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」によりご自身でご確認ください。<br><br>※解除申請後から解除がなされるまでの間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。 |           |  |          | <input type="checkbox"/> 左記のことについて同意します。                                               |                         |

※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。

※健康保険証の利用登録を解除した後も再度利用登録を行うことができます。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 解除対象者と別世帯の人（代理人）が申請する場合は解除対象者（世帯主）の委任状が必要です。  
代理人が申請する場合は解除申請者に代理人の氏名等を記載してください。