

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

寒川町長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ	サムカワ タロウ		生年月日	昭和 34年 1月 1日		
	氏名	寒川 太郎					
	住所	(郵便番号 253-0196)					
		寒川町宮山165番地					
	連絡先	電話番号	0467-74-1111				
		Email	hoken@***** (記載しなくてもかまいません)				
	被保険者等記号・番号	被保険者等記号		番号		枝番	
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。		52		1234567		1
	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	☒ 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、3～4か月程度時間がかかる場合があります。 署名： 寒川 太郎					

(解除を希望する理由)

利用登録に不安を感じるため 等

※ 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す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、マイナポータルやセブン銀行リーダーから行うことができます。

レ点および色塗りしてある箇所のみご記入ください

(備考) 代理人により申請する場合は、記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（3～4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。