

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

大雪地区広域連合長 様

令和〇年 〇月 〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	タイセツ コクホ		生年 月 日	大正・昭和 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日		
	氏名	大雪 国保					
	住所	(郵便番号 071 - 1423) 北海道上川郡東川町東町1丁目16-1					
	連絡先	電話番号	0166-82-3697				
		Email	(任意)				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号		枝番		
		東川	2291		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 ない場合があります。 必ずチェックを申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機 関へ受診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：大雪 国保						

(解除を希望する理由)

手書きで署名をお願いします。(代筆可)

- ※ マ イ ナ 理由を記入してください。 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 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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を
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(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、自身が以前加入していた医療保険者等におい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。