

〈 記 入 例 〉

マイナンバーカードの健康保険証 利用登録解除申請書

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者番号・生年月日・フリガナ・氏名・住所を記入してください。

記入者が本人の場合は、チェックをつけ、電話番号のみ記入してください。

記入者が本人以外の場合は、電話番号、氏名、本人との関係、住所を記入してください。

注意①～③、補足①～③を確認いただき、チェックをつけてください。

申請日を記入してください。

署名（記入者）に記入者の氏名を記入してください。

解除を希望する理由を記入してください。

記入しないでください。

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		
	生年月日	大正・昭和 3 年 2 月 1 日									
	フリガナ	コウイキ タロウ									
	氏 名	広域 太郎									
	住 所	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地									
記 入 者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の場合チェック（電話番号のみ記入）										
	電話番号	0952-64-8476									
	氏 名	広域 一郎							本人との 関 係	子	
	住 所	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地									
<input checked="" type="checkbox"/> 下記内容を確認の上、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。											
申請日		令和 ○年 ○月 ○日			署名（記入者）		広域 一郎				
解除を希望する理由											
<p style="text-align: center;">介助を要するため</p> <p>注意① 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。</p> <p>＃ ② 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。</p> <p>＃ ③ 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。</p> <p>補足① マイナンバーカードで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。</p> <p>＃ ② 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。</p> <p>＃ ③ 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。</p> <p>※解除申請後から解除完了まで（1～2か月程度）の間に、別の医療保険者に異動する場合、異動後の医療保険者に対して、以下2点を行ってください。</p> <p>その① 直前に加入していた医療保険者に対して解除申請を行った旨を申し出ること</p> <p>その② 資格確認書の申請を行うこと</p>											
記入者の 本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）				市町名	受付者	受付印				