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

胎内市長　宛て

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | |
| 住所 | (郵便番号　　　　　-　　　　　) | | | |
| 新潟県胎内市 | | | |
| 連絡先 | －　　　　　　　　－ | | | |
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 番号 | | |
| 胎内 |  | | |
| 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。**  **（解除を希望する理由）**  **□マイナンバーカードを健康保険証として利用しない**  **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）**  ※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。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　署名：　　　　　　　　　　　　　　： | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　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。  【委任欄】 | | |
| 代理人 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | －　　　　　　　　　－ |
| 対象者との関係 |  |
| 上記代理人にマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請を委任します(本人自署)。 | | |
| 委任者  (申請者) | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | －　　　　　　　　　－ |

※ 18歳以下の方の申請をする場合は、世帯主または親権者の方でも申請できます。

（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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【処理欄】 | | |
| 本人確認  方法 | □ 顔写真付きの公的証明書  □ 顔写真無しの証明書２点以上 | □窓口交付  資格確認書交付　　　 （担当；　　　　　　）  　　　　　　　　 □郵送 |