

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

令和 年 月 日

(宛先) 箕面市長

| | | | | | | | | | |
|--|------------|----------------|----|-------|------|----------------------|--|--|--|
| 解除申請対象者 | フリガナ | | | | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 平成・令和 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 住所 | 郵便番号 | | | | — | | | |
| | | 都道 市区 府県 町村 | | ----- | | | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | | | | | | |
| | 被保険者等記号・番号 | 保険種別 | 記号 | 番号 | 枝番 | | | | |
| *枝番を含め、全て正確に記載してください。 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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る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時点で有効期限内の保険証を持っていないかたには、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に1～2か月程度かかる場合があります。 <p style="text-align: right;">署名: _____</p> | | | | | | | | | |
| ※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、ご自身の過去の健康・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。 ※マイナンバーカードの健康保険証の利用登録解除後も、再度利用登録を行うことは可能です。マイナンバーカードの健康保険証の利用登録の手続きは、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。 ※解除申請後から解除されるまでの間（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、ご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ってください。 | | | | | | | | | |
| (注1) 国民健康保険の場合は、別世帯のかたが代理人として申請する場合は、委任状が必要です。 (注2) 国民健康保険の場合は、同一世帯のかたが代理人として申請する場合は、下記に代理人の氏名及び連絡先を記載してください。 (注3) 後期高齢者医療保険の場合は、ご本人以外が申請する場合は、委任状が必要です。 <p style="text-align: center;">同一世帯代理人氏名： _____ 連絡先： _____</p> | | | | | | | | | |

*****【市記入欄】*****

本人確認書類 対象者； MNC 運免 パス 在力 障手 その他 ()
代理人； MNC 運免 パス 在力 障手 その他 ()

| | | | | | | | |
|-------|-------------------------------|------|----|----|----|-----------|-----|
| 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 窓口交付 | 窓口担当 | | | | 交付前 審査 | 受付印 |
| | <input type="checkbox"/> 郵送交付 | 受付 | 入力 | 交付 | 照合 | | |
| | | | | | | | |

(委任状)

年 月 日

委任者（被保険者）

住所

氏名

私は、下記のことを代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証
利用登録の解除申請に係る手続きに関する一切の権限を委任します。

代理人

住所

氏名

電話番号
