

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

記入例

長崎県後期高齢者医療広域連合 様

年 月 日

申請人氏名	広域 タロウ	連絡先	(申請人の場合は、申請人の電話番号を記入)
被保険者氏名 (申請人と同じ場合は記載不要)		生年月日	被保険者の生年月日を記入 年 月 日
住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	被保険者の住所を記入 西彼杵郡時津町〇郷〇番地〇 〇〇アパート〇号	
被保険者番号 または個人番号 ※正確にご記入ください	被保険者番号 (8桁の数字)		
	個人番号 (マイナンバー) (マイナンバーカード裏面の12桁の数字を記入)		
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 ☒ (右記内容をご確認いただき、上記チェックボックスにチェックしてください)	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になります。 ※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。		

(解除を希望する理由)

- ※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。