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

山ノ内町長　　殿

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　除　申　請　者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 | （〒　　　　　-　　　　　） | | | | | | |
| 山ノ内町大字 | | 平穏  佐野  戸狩  寒沢  夜間瀬 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | | 記号 | | 番号 | | | 枝番 |
|  | |  | | |  |
| 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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。  ※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、時間がかかる場合があります。  **署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿** | | | | | | |
|
|
|

|  |
| --- |
| **（解除を希望する理由）**  **□ マイナ保険証が利用しづらいため**  **□ 援助者にマイナ保険証を預けることが困難なため**  **□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  ※　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。 |

（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。「資格確認書交付申請書」の提出は不要です。

（裏面）

委 任 状

## 山ノ内町長 殿

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 住　所 | 山ノ内町大字 |
| （委任をする人） | 氏　名 |  |
|  | 電　話 |  |

私は、下記の者を代理人と定め、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関する事項を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代 理 人 | 住　所 |  |
| （委任を受ける人） | 氏　名 |  |
|  | 電　話 |  |

## \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| 来庁者の確認書類 | （１点確認）   1. □個人番号カード 2. □運転免許証・運転経歴証明書 □旅券（パスポート） □（ ）手帳   □在留カード □特別永住証明書   1. □官公署から発行・発給された写真付の証等（ ）   ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞  【① - ③の証の発行・登録番号等 】  （２点確認）   1. ア □年金手帳 □児童手当・児童扶養手当証書   イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等  ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞  □国保税納税通知書等 □ 証書（手帳）  証・種類名等（ ）  【④の証・書類の発行・登録番号等 】   1. その他の書類等（ ） |