

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

川西市長 あて

年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		
	氏名			年 月 日		
	住所					
	連絡先	電話番号		Email		
	被保険者番号				枝番	

顔写真付きの本人確認書類（郵送の場合はコピー）を添えて届け出てください。

（備考）代理人により申請する場合は、上記氏名及び連絡先欄には解除対象者の氏名及び連絡先を記載し、裏面委任状に記入してください。

（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。

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。

署名：

解除を希望する理由：

- ※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。なお、有効な保険証が交付されている方には保険証の有効期限まで資格確認書は交付されませんので、引き続き保険証を使用してください。
- ※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。
- ※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き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。

以下事務処理欄（記入不要）

受付	確認書交付	交付チェック	解除入力	入力チェック

委任状

年 月 日

私は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に伴う申請について次の者に委任します。なお、代理人による行為・結果に対して、委任者である私が全ての責任を負うものとします。

委任者	氏名			
代理人	氏名		委任者との続柄	
	住所			
	電話番号			

※以下の書類を添えて申請してください。

委任者・・・顔写真付きの本人確認書類のコピー

代理人・・・顔写真付きの本人確認書類（郵送の場合はコピー）

※顔写真付きの本人確認書類：マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等