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）**

伊豆の国市長　宛

**令和６年12月２日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　　除　　申　　請　　者 | フリガナ | **イズクニ　タロウ** | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和  **１年　１月　１日** |
| 氏名 | **伊豆国　太郎** |
| 住所 | **〒　410-0000** | | |
| **伊豆の国市長岡〇〇番地** | | |
| 電話番号 | **０５５－９４８－××××** | 被保険者番号 | **９１４００００** |
| 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、内容をご理解いだけましたら☑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（１～２ヶ月程度）がかかる場合があります。  署名（本人自署）：　　　伊豆国　太郎  （未成年者等の場合は法定代理人の署名） | | |
|  | | | | |
| （解除を希望する理由） | | | | |
| 1. **マイナ保険証での病院受診時の機械操作に不安があるため。** 2. **マイナ保険証の制度や仕組みに不安を感じるため。** | | | | |
| * 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。 | | | | |

◆◆◆解除申請者と異なる方（代理人）が届出する場合◆◆◆

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）電話番号

|  |
| --- |
| 事務処理欄（担当者：　　　　　　）　　□有効中保険証あり　　　　□有効中資格確認書あり |
| □資格情報のお知らせのみ　⇒　資格確認書交付（　窓口　・　郵送　） |
| 本人確認　：　運転免許証　・　マイナンバーカード　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

住所

**※代理人が届出する場合は、解除申請者のマイナンバーカード（コピー可）を持参してください。**