

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

(あて先) 加茂市長

令和 〇年 〇月 〇日

解 除 申 請 者	フリガナ	カモ タロウ		生年 月 日	大正・昭和 平成・令和 〇年 〇月 〇日	
	氏 名	加茂 太郎				
	住 所	(郵便番号 959 - 1390)				
		新潟県 加茂市 幸町2丁目3番5号				
	電話番号	〇〇〇-△△△△-□□□□				
	被保険者 番 号	記 号	番 号		枝 番	
加茂		123456		01		
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。 ※利用登録の解除後、医療機関・ ※利用登録解除後反映されるまで 届出人が解除申請者と異なる場合には代理人氏名 もご記入ください。 資格確認書を交付します。解除 資格確認書の持参が必要です。 健康保険証利用登録の申込状況」画面に 場合があります。 署名： 加茂 太郎 代理人 加茂 花子					

(解除を希望する理由)			
☒ マイナンバーカードの紛失が心配。 ☐ マイナンバーカードを健康保険証として利用しない。 ☐ その他 (以下に具体的にご記入ください。)			
※ 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。			
※ 届出人が解除申請者と異なる場合には代理人氏名・住所・電話番号もご記入ください。			
※ 届出人が解除申請者と異なる場合、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康セブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されうことができます。			
代 理 人	住 所	加茂市幸町2丁目3番5号	
	氏 名	加茂 花子	電話番号 〇〇〇-△△△△-□□□□

(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。