

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

岡谷市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 年 月 日		
	氏名						
	住所	(郵便番号 -)					
		都道 府県		市区 町村			
	連絡先	電話番号	() -				
	被保険者の記号・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
			岡				
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、1～2か月程度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) 利用登録解除申請は、解除希望者ご本人の申請が必要です（委任状がある場合を除く）。
世帯が同じであっても、ご自身以外の解除申請をすることはできません。ただし、解除希望者が
未成年者の場合は、法定代理人（親権者）からの申請が可能です。

(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。