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

毛呂山町長　あて

令和　　**○○**年　　　**○○**月　　　**○○**日

**モロヤマ　タロウ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 解除申請者 | フリガナ |  | | | | | 生年  月日 | 昭和・平成・令和・西暦  **○○**年　**○○**月　**○○**日 | | |
| 氏名 | **毛呂山　太郎** | | | | |
| 代理人氏名  ※代理人申請の場合 | |  | | | | 解除申請者  との続柄 | | □ 同一世帯員 | |
| 住所 | （郵便番号　**３５０**　－　**０４９３**　）  **毛呂山町中央２丁目１番地**  **代理人が届出（申請）する場合は、代理人氏名と解除申請者との続柄を記入してください**  **※別世帯の方が届出する場合は、委任状が必要です** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号  **juumin@town.moroyama.lg.jp** | | 自宅 ・ 携帯電話・ 勤務先  その他（　　　　　　　） | | **０４９**（　　**２９５**　　） **２１１２** | | | | |
| Email | |  | | | | | | |
| 被保険者等記号・番号  ※枝番を含め、全て正確に記載してください。  **✓** | | | 記号 | 番号  **１２３４５６** | | | | | 枝番  **０１** |
| も |  | | | | |  |
| 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。  **□にチェックを入れてください**  ※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。  **「マイナンバーカードと健康保険証利用登録の解除について」の記載事項をよくご確認のうえ、届出人の署名してください**  ※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。  ※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。  **毛呂山　太郎**  **署名** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **（解除を希望する理由）**  **「マイナ保険証に不便さを感じるため」、「自身の意思と反して紐付けが行われたため」など解除を希望する理由を記入してください。**      ※ 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。  ※ 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）代理人申請の場合は、代理人の本人確認書類の写し及び委任状（別世帯の方が申請する場合）の添付が必要です。

【毛呂山町記入欄】

**保険者記入欄のため記入不要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| システム入力日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | 資格確認書交付日 | | 令和　　年　　月　　日 | 受付印 |
| 課長 | 副課長 | | 主幹兼係長 | 担当 | | （備考）  □台帳入力　□申請書控え | |
|  |  | |  |  | |