

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

古河市長 宛て

申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	記号・番号	記号古河・番号 0 1 2 3 4 5 6 7	
解除対象者	氏名	古河 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	古河市■■■1 2 3 4 番地		
	電話番号	0 2 8 0 (■■) ■■■■		
	(確認事項) 以下の各項目をご確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録解除申請後、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。なお、解除登録がされたことを古河市から連絡することはありません。				
<input checked="" type="checkbox"/> 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。※ただし、有効な被保険者証をお持ちの場合、資格確認書は交付されません。保険証を使用して受診してください。有効期限が切れる前に資格確認書を送付します。				
<input checked="" type="checkbox"/> 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。				
署 名 (本人もしくは申請者)： 古河 桃子				

(解除を希望する理由)
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の交付を希望するため
<input type="checkbox"/> その他 ()

(確認事項)
有効期限内の保険証または資格確認書をお持ちですか (<u>はい</u> , いいえ)

申請者 (本人以外が申請する場合は記入)	氏名	古河 桃子
	住所	古河市■■■1 2 3 4 番地
	電話番号	0 2 8 0 (■■) ■■■■

- ・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。

市処理欄	受付		照合		交付	
------	----	--	----	--	----	--