

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

(宛て先) 新 潟 市

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年月日
	氏 名			昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	(〒 区) 新潟市 区		
	連絡先	電話番号		
		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。	番 号		枝 番
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	<input type="checkbox"/> 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健康保険証 (R7.7月末まで) または資格確認書 (R6.12月以降) 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、時間がかかる場合があります。 <p style="text-align: right;">署名 : _____</p>			

- * 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) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

***** 事務処理欄 *****

受付	入力	照合

本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格確認書			
交付年月日	令和 年 月 日	交付方法	窓口・ 郵送 (年 月 日)
発行期日	令和 年 月 日	保険証の区分	通常・ 特別療養費 (資格証)
有効期限	令和 年 月 日	一部負担金割合	2割 ・ 3割
備考			