

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) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			生年月日	
	氏名				
	住所	郵便番号			
	連絡先	電話番号			
	被保険者番号				
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除について	☐ 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。	

代理人	フリガナ			解除申請者との関係	
	氏名				
	住所	郵便番号		電話番号	

(備考) 代理人により申請する場合は、解除申請者及び代理人の欄に記載してください。
(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。

確認欄	番号	個力・通力・その他 ()	受付	【確認】 送付先変更 被保険者証 あり なし 資格確認書交付申請 あり なし
	本人	免・在・個力・保(資)・介・()		
	代理権	①世帯員 ②個人力 ③保(資) ④登記事項証明 委任状		
	来庁者	免・在・個力・保(資)・介・()		