

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 6 年 〇 月 〇 日

解除申請者	フリガナ	マエバシ タロウ		本人確認書類をお持ちください。 マイナンバーカード、被保険者証(資格確認書)など	昭和23年〇月〇日
	氏名	前橋 太郎			
	住所	郵便番号	371-0026		解除を申請する被保険者について記入してください。
		前橋市大手町二丁目12番1号			
	連絡先	電話番号	027-2△△-△△△△		
	被保険者番号	I I I I I I I △			
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	<input checked="" 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ります。				
	解除申請者の署名もしくは記名してください。			署名: 前橋 太郎	

(解除を希望する理由)

マイナンバーカードを返納するため

解除を希望する理由を書きしてください。

※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は、マイナポータルから行うことができます。

※マイナ保険証の利用解除をしなくても、資格確認書の交付申請をすることで、資格確認書の交付ができます。

代理人	フリガナ	タカサキ ハナコ		解除申請者との関係	長女
	氏名	高崎 花子			
	住所	郵便番号	371-0026		電話番号
		前橋市大手町一丁目10番〇号		027-2〇〇-〇〇〇〇	

代理人が申請する場合は代理人の欄も記載してください。

(備考) 代理人により申請
 (注) 解除申請後から解除後の医療保険者等に対し、ともに、資格確認書の申請を
 代理人の申請の場合は、代理人の本人確認書類も必要となります。
 また、同一世帯員以外の代理人は、あわせて、解除申請者のマイナンバーカード、被保険者証(資格確認書)、委任状のいずれかが必要です。
 した場合は、異動旨を申し出ると

確認欄	番号	個カ・通カ・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・個カ・保(資)・介・()		
	代理権	①世帯員 ②個人カ ③保(資) ④登記事項証明 委任状		
	来庁者	免・在・個カ・保(資)・介・()		