

被保険者番号	宛名番号

受付印

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

豊中市長 あて

年 月 日

解 除 申 請 者 (解 除 希 望 者)	フリガナ		生年 月日			
	氏 名					
	住 所	豊中市		電話 番号		
	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求めます。 ※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：_____ ※代理人が申請する場合は代理人名を記入してください。				

(解除を希望する理由)

☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため

☐ マイナ保険証に不便さを感じるため

☐ その他 ()

※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。

(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。

(備考) 代理人により申請する場合は、以下の欄に代理人の情報を記載してください。
申請書提出の際に、解除希望者からの委任状と代理人の顔写真付き身分証を添えて提出してください。

代 理 人	氏名：	本人との関係：
	住所：	連絡先：

本人確認（市記入欄）

☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード

☐ 在留カード ☐ その他

資格確認書			受付者	処理者	確認者
窓口	郵送	なし			
☐	☐	☐			