

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

大府市長 殿

令和 年 月 日

申 請 者 氏 名		被保険者 との関係	
住 所	(〒 -)		
連 絡 先	自宅・携帯・職場 () -		

解 除 対 象 者	被保険者 記号・番号	(枝番)		
	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	被保険者氏名	☐ 申請者の氏名に同じ		
	住 所	☐ 申請者の住所に同じ (〒 -)		

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、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。
--

(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、大府市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。