

## 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

帯広市長 様

年 月 日

|                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                        |  |               |           |          |
|-----------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|-----------|----------|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | フリガナ                                           | オビヒロ タロウ                                                                                                                                                                                                                               |  | 生年<br>月日      | 昭和60年4月1日 |          |
|                       | 氏名                                             | 帯広 太郎                                                                                                                                                                                                                                  |  |               |           |          |
|                       | 住所                                             | (郵便番号 080-8670)                                                                                                                                                                                                                        |  |               |           |          |
|                       |                                                | 帯広市西5条南7丁目1番地1                                                                                                                                                                                                                         |  |               |           |          |
|                       | 連絡先                                            | 0155-65-4138                                                                                                                                                                                                                           |  |               |           |          |
|                       | 被保険者等記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。        | 被保険者等記号<br>帯広                                                                                                                                                                                                                          |  | 番号<br>99-9999 |           | 枝番<br>01 |
|                       | マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>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。<br>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<br>い場合は、保険者から資格確認書を受け取る際には資格確認書の持参が必要で<br>※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登<br>録」から解除申請を行うことができます。解除後、1～2か月程度時間がかかる場合があります。<br>署名： 帯広 太郎 |  |               |           |          |

|                                                                                                                                                                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| (解除を希望する理由)                                                                                                                                                                                                    |                     |
| ※ マイナン<br>情報のデー<br>※ マイナン<br>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<br>じることはありません。<br>※ 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<br>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<br>ドリーダーから行うことができます。 | 理由はこちらに<br>ご記入ください。 |

(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。

申請者(代理人)

氏 名 続柄 ( ) 連絡先

住 所

代理権確認書類 : ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他 ( )