

## 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

伊江村長

※枝番号を含め、正確に記載して下さい

被 保 険 者  ( 本 人 )	被保険者等 記号・番号	被保険者等記号	番号		枝番	
	住所	(郵便番号 - )				
		沖縄県	国頭郡伊江村字			
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		年 月 日
	本人氏名		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	<input type="checkbox"/> <b>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。</b> ※ 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が出来なくなります。 ※ 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ヶ月程度時間がかかる場合があります。  被保険者署名： _____				
代 理 人	フリガナ		続柄			
	代理人氏名		代理人電話番号			

(解除を希望する理由) ※該当する番号を○で囲んで下さい。その他の場合は理由を記入。

**1.紙の保険証(資格確認証) 希望・2.使用が難しいため・3.不安を感じるため**

**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出来ます。
- ※ 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出来ます。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2ヶ月程度)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上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下さい。

資格確認書	窓口受付	郵送 ( / )
本人確認	個・免・パス・在留・その他	