

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

武蔵村山市長 殿

(届出日) 令和〇年〇月〇日

解除対象者	フリガナ	ムサン タロウ	生年月日	昭和・平成・令和 〇年〇月〇日	
	氏名	武蔵 太郎			
	住所	東京 都道府県 武蔵村山 市区町村	本町1-1-1		
		コーポムラヤマ101号			
	電話番号	000(0000)0000			
被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号	番号	枝番		
	46-12	3456	01		
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 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。 ※利用登録の解除をした方後、医療機関・薬局を受診する際は、マイナンバーカードを提示する必要があります。 ※利用登録解除後、マイナンバーカードの画面に反映されるまで、1~2か月程度かかる場合があります。 本人以外が署名する場合、解除対象者の資格確認書は自宅へ郵送となります。 署名: 武蔵 太郎				

(解除を希望する理由)

資格確認書の利用を希望するため

※ 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、マイナンバーカードの画面から行うことが可能ですが、**本人以外が届出する場合、こちらに必要事項を記入してください。**は可能です。健康保険証に設置されている顔認識カメラを利用した顔認識による本人確認を行うことが可能です。

届出人	住所	東京都武蔵村山市本町1-1-1 コーポムラヤマ101号			
	氏名	武蔵 花子	解除対象者との関係	妻	電話番号

(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、本市国民健康保険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。

受付	入力	確認書発行	本人確認
----	----	-------	------