

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

平戸市長 次のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日				
申請者	氏名		電話	-	-
	住所				
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input type="checkbox"/> 世帯員 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯主	氏名		個人番号		

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町村が適当と認める書類の添付が必要です。)

※ここから下の太枠内は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を希望する人について記入してください。

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 平戸市				
1	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏 名		男・女	記号・番号(枝番)	12- ()
2	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏 名		男・女	記号・番号(枝番)	12- ()
3	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏 名		男・女	記号・番号(枝番)	12- ()
4	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏 名		男・女	記号・番号(枝番)	12- ()
5	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏 名		男・女	記号・番号(枝番)	12- ()
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"/> 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 _____				
(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き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。					

(個人情報の取扱いについて)

※この申請書により収集した個人情報は、当該事務にのみ利用するものとし、それ以外の目的に利用しません。

(平戸市記入欄)

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 免許証	確認者印	資格確認書交付	処理日
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()			