

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

京都府後期高齢者医療広域連合様

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生 年	大正・昭和
	被 保 険 者 氏 名		月 日	年 月 日
	被保険者住所	(郵便番号 —)		
		都道	市区	
		府県	町村	
	被保険者連絡先			
	被保険者番号			
	(代理人氏名)			
	(代理人連絡先)			
	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 _____		

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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・薬局等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、別の市区町村に異動された場合は、異動後の市区町村に対し、前住所地において解除申請を行った旨申出てください。