

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

木津川市長 宛て

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日	
	氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		京都府木津川市				
		(木津川市外の場合)				
	連絡先	電話番号				
	被保険者記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。		被保険者記号	番号		枝番
		木津川				
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。			
代 理 人	住 所		
	氏 名		電話番号

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

(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。

==（市役所処理欄）=====

マイナンバーカードの健康保険証利用登録（初回登録）解除処理状況

受付・解除 予定日説明	資格確認書 交付	受付控交付	システム入力	解除確認

※処理日と担当者名を記入してください。