

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

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

令和 ○年 ○月 ○日

被 保 険 者	フリガナ	アサヒ タロウ			生年月日	大正 ○○年 10月 17日			
	氏名	朝日 太郎				昭和			
	住所	〒 510 - 8522	三重	都道府県	朝日	市区町村			
		大字小向893番地							
	連絡先	電話番号	059 - 377 - 5659						
被保険者番号	0	○	○	○	○	○	○	○	
解 除 申 請 者	<input checked="" type="checkbox"/> →	<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。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者(三重県後期高齢者医療広域連合)から資格確認書を交付します。解除後、医療機関等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か月程度時間がかかる場合があります。 (*、被保険者が解除申請者本人の場合は不要)							
	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	住所* _____ 続柄* _____ 氏名 _____ 連絡先* _____							
※ 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。									
<b>【委任状】</b> 私(被保険者)は、_____を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 (あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長 〒 被保険者 住所 _____ 氏名 _____									
(備考)代理人に申請を委任する場合は、被保険者が委任状に代理人の氏名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、県外に転出した場合は、転出先の市区町村を通じて後期高齢者医療広域連合に対し、転出元の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、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。									
市 町 確 認 欄									
受付者	本人確認	入力者	その他特記事項						
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障がい者手帳 資格確認書・介護保険証 その他( )		有効期限内の保険証、資格確認書の所有確認 <input type="checkbox"/> 持っている。 <input type="checkbox"/> 持っていない(再交付申請手続き)						