

マイナンバーカードの健康保険証利用の解除申請書

宝塚市長 あて

届出日： 年 月 日

解除申請者	フリガナ		被保険者番号		
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	住所				
	電話番号				
	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	<p><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。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。</p> <p>※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ができなくなります。</p> <p>※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、医療機関等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p style="text-align: right;">署名： _____</p>			

～ 紐付解除対象者と異なる方が申請される場合 ～

私は、マイナ保険証の解除に伴う申請について次の者に委任します。
 なお、代理人による行為・結果に対して、委任者である私が全ての責任を負うものとします。

<受任者>

氏名： _____ 電話番号： _____

住所： _____

委任者との続柄： _____

※以下の書類を添えて申請してください。

委任者 …… 顔写真付きの本人確認書類のコピー

受任者 …… 顔写真付きの本人確認書類

例：マイナンバーカード、運転免許証・パスポートなど