

第1号様式（第3条関係）

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

解除を希望する被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長 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。 (申請日) 年 月 日			
申請者	☐ 被保険者と同じ			
	氏 名	本人との関係		
	住 所	電話番号		

※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。
 ※利用登録解除申請後、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。
 ※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。
 ※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。

受付	申請者	☐ 本人 ☐ 同世帯員（住基・委任状確認） ☐ 後見人（登記事項証明等確認） ☐ 別世帯員等（統柄・委任状確認）	
	本人確認	☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 個人番号カード ☐ その他顔写真付証明書（ ）	
		☐ 介護保険証 ☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ その他公的証明書（ ）	
	資格確認書交付	☐ 窓口交付⇒本人、同世帯員、後見人 ☐ 郵送交付（発送日 / 、受療証交付 有 ・ 無）	
受付担当者名			
		収受印	