記載例

鋸南町長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解除申請者	フリガナ	キョナン タロウ 鋸南 太郎		生年					
	氏名			月日	昭和(平	成)令和○○年○○月○○日			
	住所	郵便番号	〒299−2192	電記	舌番号	0470-55-2111			
		鋸南町下佐久間3458番地							
	被保険者等記	7 · 1 2 3 4 5 6	6						
	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。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。 ※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。 							
		<u>署名</u> : 鋸南 太郎							
代理人	住所	申請者本人以外の方が手続きする場合は代理人欄も記載してください。							
	氏名	別世帯の方が手続きする場合は委任状も必要です。							

(解除を希望する理由)

理由を記載してください。

- ※ 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。
 - (注)解除申請後から解除がなされるまでの間($1 \sim 2$ 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。

【町記入欄】 本人確認	□マイナンバーカード	口海蛇各新冠	. このbh ()						
华八唯祁	ロマイナンハーガード	口連転兇計証	• その他()						
	□委任状有										
			受付	入力	確認						
						1					