

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) 富山県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名		解除対象者 との関係	※代理人の場合は委任状等が必要です。
	住所			
	T E L			

解除対象者	被保険者番号			
	フリガナ 氏名	☐ 申請者に同じ	生年月日	大・昭 年 月 日
	住所	☐ 申請者に同じ		

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。

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、後日資格確認書を交付します。医療機関等を受診等される際には、資格確認書の提示が必要です。 ※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： _____
----------------------------	---

(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、富山県後期高齢者医療広域連合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。

本人確認書類	1点	運転免許証・経歴証明書・マイナ・障害者手帳・在留カード・その他（ ）
	2点	保険証・資格確認書・介護・年金手帳・年金証書・その他（ ）
代理人	☐ 委任状（任意代理人） ☐ 登記事項証明書（法定代理人）	