

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

京都府後期高齢者医療広域連合 様

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生 年	大正・昭和
	被 保 険 者 氏 名		月 日	年 月 日
	被保険者住所	(郵便番号 —)		
		都道	市区	
		府県	町村	
	被保険者連絡先			
	被保険者番号			
	(代理人氏名)			
	(代理人連絡先)			
	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。 署名 _____		

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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。

※ 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。

(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、別の市区町村に異動された場合は、異動後の市区町村に対し、前住所地において解除申請を行った旨申出てください。