

記入例

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

東久留米市長 殿

届出日 令和 ○年○○月○○日

解 除 申 請 者	フリガナ	ヒガシクルメ タロウ		生年 月日	昭和 平成・令和・西暦 ○○年 ○○月 ○○日	
	氏名	東久留米 太郎				
	住所	東京都東久留米市 ●●町○-○-○				
	電話番号	— —				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	記号 4 5 — ○○	番号 ○○○○	枝番 ○○		
	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 除後、医療機関・薬局を受診 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用 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。 □にチェックのうえ、署名してください 署名： 東久留米 太郎				

(解除を希望する理由)

資格確認書の交付を希望するため

- ※ 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、医療機関等を受診することは可能ですが、健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブ
ている顔認証付きカードリーダーから行うこ
- 解除申請者(本人)以外の方が申請する
場合はご記入ください

代 理 人	住所			
	氏名	電話番号	—	—

(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、東久留米市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。

(市処理欄)

普通郵送・簡易書留
☐ 本人確認

受付	入力	証発行	照合
----	----	-----	----