

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		生年 月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		
	氏名					
	住所	東京都東久留米市				
	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。 署名：_____				
	(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。						
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
----	----	-----	----