

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

高石市長 殿

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和 西暦 年 月 日
	氏 名			
	住 所	(郵便番号 -)		
		大阪府 市区 町村		
	連 絡 先 電 話 番 号			
被 保 険 者 番 号				
届 出 者	届 出 者 名		本人との関係	
	届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、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。
- ※ 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書等の持参が必要となりますので、お持ちでない場合は資格確認書の交付申請を行うようにしてください。
- ※ 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、2か月程度かかる場合があります。
- ※ 利用登録の解除を届出してから解除されるまでの間（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利用登録の解除を届出し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。

(解除を希望する理由)

- ☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため
- ☐ 不正利用・情報漏洩の懸念があるため
- ☐ 自身の意思と反して紐づけが行われたため
- ☐ マイナ保険証に不便さを感じるため
- ☐ その他 ()

(本人確認)

- ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード
- ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード
- ☐ その他 ()

処理者

確認者

委任状

令和 年 月 日

被保険者(本人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

私(被保険者)は、下記の者を代理人として、次の事項に関する権限を
委任します。

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

委任事項

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請 _____
