

マイナンバーカードの国民健康保険証
利用登録の解除申請書

喜多方市長 様

提出日 令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	いずれかに○ → 昭和・平成・令和		
	氏 名			年 月 日		
	連 絡 先	郵便番号	—	電話番号		
		住 所	喜多方市			
	被保険者の番号・枝番を全て記載 してください。		記号	番号		枝番
			島 7			
マイナンバー カードの国民 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国民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、喜多方市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：_____				

(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国民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。
- ※ 国民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。
国民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

氏 名

続柄 () 連絡先

住 所

確認欄：マイナンバーカード・運転免許証・その他 ()