

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

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

令和 6 年 12 月 2 日

申請者	氏名	本人
	電話番号	
	Email	

申請者が代理人の場合は、代理人の氏名・電話番号等をご記入ください。

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8			
	フリガナ	コウキ タロウ	生年月日	大正・昭和 平成・令和 5 年 7 月 1 0 日	
	氏名	後期 太郎			
	住所	(郵便番号 060-0062)			
		北海道	函館市	市区町村	東雲町4番13号
	連絡先	電話番号	0138-21-3184		
Email					
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 ※利用登録を解除できなくなります。 ※利用登録の解除を医療機関・薬局を受療機関・薬局を受 ※利用登録解除後、れるまで、1～2か月程度かかる場合があります。	解除を希望する被保険者ご本人の情報を記入し、署名をしてください。 (ご本人が記入困難な場合は代筆可です。)			
署名： 後期 太郎					

(解除を希望する理由)

- 健康保険証の利用登録が必須だと勘違いしたため
- 病歴や薬歴を明かしたくないため
- 情報漏洩の不安があるため

など

解除を希望する理由をご記入ください。

で、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療

きます。
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。

(備考) 被保険者が申請する場合は、「申請者」欄の氏名に「本人」と記載の上、「申請者」欄の電話番号、Emailの記載は省略可能です。

(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。