

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

富谷市長 殿

令和 6年10月28日

解除 対象 者	フリガナ	トミヤ タロウ	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	28年10月10日
	氏名	富谷 太郎			
	住所	(郵便番号 981-3392)			
		富谷市 富谷坂松田30番地			
	連絡先	電話番号	022-358-3111		
	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。	被保険者等記号	番号	枝番	
	み富	281A000000	01		
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。				
届出をする方が署名ください。 ※届出をする方が第三者（解除対象者と別世帯の者）の場合は、裏面の委任状が必要です。		交付します。解除後、医療 必要です。 用登録の申込状況」画面に あります。			
		署名： 宮城 花子			

(解除を希望する理由)

のため

- ※ 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、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。また、富谷市に住所がある方に限り、市民課窓口でも利用登録の手続ができます。

(備考) 第三者が申請する場合は、裏面委任状も必ず記載してください。

(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。

委任状

私は、表面記載のマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について、下記の者に委任します。

委任者 住所 富谷市富谷坂松田30番地

氏名 富谷 太郎

受任者 住所 〇〇市〇〇〇〇〇 〇丁目〇〇-〇

氏名 宮城 花子

被保険者との続柄 子 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

受任者の電話番号を
記入ください。

以下、職員記載欄

受任者の身分確認書類 (添付書類)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------------	--

收受日