

個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

届出者氏名		被保険者との関係	
住所	(〒 - )		
連絡先	自宅・携帯・職場 ( ) -		

解除申請者	被保険者番号			
	<input type="checkbox"/> 以下、届出者に同じ			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被保険者氏名			
住所	(〒 - )			

個人番号カードの健康保険証利用登録の解除について	<input type="checkbox"/> 個人番号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、個人番号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、時間がかかる場合があります。  署名： _____
--------------------------	---

(解除を希望する理由)  ※ 個人番号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。 ※ 個人番号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。
--

(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、後期高齢者医療広域連合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。