

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

吹田市長 宛

届出日 令和 年 月 日

	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	住 所	吹田市 (郵便番号 —)		
	連絡先	— —		
解 除	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。	記号	番号	枝番
		吹国		
対 象 者	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	☐ 下記を確認の上、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。 ※利用登録の解除を申請した方には、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。 ※12月1日以前から有効な国民健康保険証をお持ちの方は、令和7年10月中に資格確認書を交付します。資格確認書が交付されるまでは、お持ちの国民健康保険証をご利用ください。 ※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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 ☐ 被保険者証を持っていない		

(解除を希望する理由)			
1. マイナ保険証の利用を希望しないため 2. その他(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。			
申 請 者	☐ 対象者と同じ		
	☐ 代理人の場合	氏名	連絡先 — —
		住所	

(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。

本人確認	受付	入力	チェック

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除

記入例

吹田市長 宛

届出日 令和 6 年 1 2 月 2 日

解 除 対 象 者	フリガナ	スイタ タロウ		生年 月日	大正・昭和 平成 令和		2 年 1 2 月 2 日	
	氏 名	吹田 太郎						
	住 所	吹田市 (郵便番号 5 6 4 - 0 0 4 1) 泉町 1 丁目 3 番 4 0 号						
	連絡先	0 6 - 〇〇〇〇 - ××××						
	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。	記号	番号		枝番			
	吹国	1 2 3 4 5 6 7		0 1				
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	☒ 下記を確認の上、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。 ※利用登録の解除を申請した方には、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。 ※1 2 月 1 日以前から有効な国民健康保険証をお持ちの方は、令和 7 年 1 0 月中に 資格確認書を交付します。資格確認書が交付されるまでは、お持ちの国民健康保 険証をご利用ください。 ※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、1 ～ 2 か月程度時間がかかる場合があります。 ☐ 被保険者証を持っていない							

(解除を希望する理由)			
1. マイナ保険証の利用を希望しないため			
2. その他 (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。			
申 請 者	☒ 対象者と同じ		
	☐ 代理人の場合	氏名	連絡先 - -
		住所	

(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。

本人確認	受付	入力	チェック