

八尾市国民健康保険加入者用

令和 年 月 日  
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

(あて先)八尾市長

|                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                  |                |    |  |
|-----------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------------|----|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | フリガナ                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭和・平成<br>令和・西暦 |    |  |
|                       | 氏名                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                  | 年 月 日          |    |  |
|                       | 住所                                             | 〒 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                  |                |    |  |
|                       | 電話番号                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                  |                |    |  |
|                       | 被保険者等記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。        | 被保険者等記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 番号               |                | 枝番 |  |
|                       |                                                | 八 国                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                  |                |    |  |
|                       | マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>て | <div><input 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。</div> <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>署名： _____</div> <div>個人番号（マイナンバー）： _____</div> |  |                  |                |    |  |

この申請は、本人が行うものですが 15 歳未満および成年被後見人の方は法定代理人による申請が可能です。また、この申請書の記入が困難である場合については、介助者及び職員等の代筆のうえ、本人が署名または押印を行うことで有効なものとして認められます。

15 歳未満の方の申請を保護者の方が行う場合には以下の枠内に必要事項を記入してください。

|      |  |                  |             |         |    |
|------|--|------------------|-------------|---------|----|
| フリガナ |  | 生<br>年<br>月<br>日 | 平成・令和<br>西暦 | 被保険者等記号 | 八国 |
| 氏名   |  |                  |             | 番号      | 枝番 |
| 個人番号 |  |                  |             |         |    |

☐あわせて、資格確認書の交付申請をいたします。

受領者氏名： \_\_\_\_\_

以下、健康保険課使用欄

|    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付 | 入力 | 確認 | 本人確認                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|    |    |    | <div><input type="checkbox"/>運転免許証</div> <div><input type="checkbox"/>マイナンバーカード</div> <div><input type="checkbox"/>パスポート</div> <div><input type="checkbox"/>障がい者・療育手帳</div> <div><input type="checkbox"/>在留カード</div> <div><input type="checkbox"/>その他（                      ）</div> |

## 解除申請をされた方へ

※ 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。

※ 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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び電話番号欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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。