

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除届出書

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日

マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除するため、次のとおり届出します。

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	(〒)		
	電 話 番 号			
対 象 者	対 象 者 の 被保険者番号			
	※申請者が本人以外の場合は以下を記載ください。			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			

【解除の理由】

※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、あなたの同意により、ご自身の過去の健康・医療情報のデータに基づく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利用登録により、あなた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。

【利用登録の解除について】

☐ マイナンバーカードの健康保険利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。

※解除により、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなくなります。

※届け出た方には資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診等される際には資格確認書の呈示が必要です。

私はマイナンバーカードの健康保険証利用登録解除にあたり、上記事項を確認しました。

署名：_____