

日田市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	申請者氏名			
	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名 (併せて解除 申請する方)			
	フリガナ		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名 (併せて解除 申請する方)			
	申請者住所	(郵便番号 ー)		
	電話番号			
	被保険者記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者記号 日国	番号	枝番
	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	・マイナンバーカードで医療機関等を受診することにより、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。 ・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。 <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。 【解除を希望する理由】		

署名: _____

【利用登録解除に関する説明事項】

- ・解除申請の翌月末に解除処理が完了します。完了結果はマイナポータル「健康保険証の利用登録の申込状況」から確認してください。
- ・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。
- ・解除完了までの1~2か月の間に日田市国保を脱退する場合は、異動後の医療保険者等に対し、日田市国保で解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書を申請してください。

【職員記入欄】

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	資格確認書	確認者	入力者	受付者
	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード				
	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	窓口交付・郵送・不要			
国保集約システム連携		備考			

受付印