

様式第 8 号（第 9 条の 2 関係）

後期高齢者医療個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

太枠の中を記入してください。

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名  |  | 本人との関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 被保険者番号                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 個人番号 |  |
|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |  |
| (フリガナ)<br>氏 名                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |  |
| 生 年 月 日                                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |  |
| 住 所                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |  |
| 解除の理由                                                                  | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難である（介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |  |
| 任意記載事項<br>の記載                                                          | <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分<br><input type="checkbox"/> 特定疾病区分<br><input type="checkbox"/> 任意記載事項をすべて記載しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |  |
| 確認事項                                                                   | ※利用登録解除した方に資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。<br>※利用登録解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認ができません。<br>※利用登録解除がマイナポータルに反映されるまで、約 2 か月程度の時間がかかります。<br>※この申請後から解除完了までの間に、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解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請をしてください。<br>※利用登録解除した後も再度、マイナポータル等から利用登録をすることができます。<br>※マイナンバーカードで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。<br>※マイナンバーカードの健康保険利用登録により、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。 |      |  |
| 広島県後期高齢者医療広域連合長 様<br>上記のとおり、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。<br><br>年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |  |

|                                                                                                                                                                                           |         |         |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------------------------|
| 送付日 年 月 日                                                                                                                                                                                 | システム入力者 | システム確認者 | (受領サイン)                |
| 回収日 年 月 日                                                                                                                                                                                 |         |         |                        |
| 種 別 <input type="checkbox"/> 資格確認書                                                                                                                                                        |         |         | 確認書類 マイナカード・免許証・その他（ ） |
| (備考)<br><input type="checkbox"/> 申請日現在有効な被保険者証を有しているため、資格確認書の交付が不要。<br><input type="checkbox"/> 代理人が申請する時は委任状を添付。（世帯主が申請の場合も必要です。）<br><input type="checkbox"/> 成年後見人等が申請するときは、登記事項証明書等を添付 |         |         | 市区町受付印                 |