

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

受付印

柏原市長 殿

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和	年 月 日	
	氏名			西暦		
	住 所	(郵便番号 -)				
		大阪府	市区	町村		
	連絡先 電話番号					
被保険者番号						
届 出 者	届出者名		本人との関係			
	届出者住所		連絡先 電話番号			

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、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。
- ※ 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書等の持参が必要となります。
- ※ 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、2か月程度かかる場合があります。

(解除を希望する理由)	
<input type="checkbox"/> 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため <input type="checkbox"/> 不正利用・情報漏洩の懸念があるため <input type="checkbox"/> 自身の意思と反して紐づけが行われたため <input type="checkbox"/> マイナ保険証に不便さを感じるため <input type="checkbox"/> その他 ()	

(本人確認)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

処理者	確認者