

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

(記 入 例)

高知市長様

申請する日

令和 6 年 12 月 1 日

解除対象者	フリガナ	コウチ ハナコ			生年月日	昭和	50 年 4 月 1 日
	氏名	高知 花子				平成	
	住所	郵便番号 (780 - 0870) 高知市本町五丁目 1 番45号				解除対象者の連絡先	
	記号番号	01234567	枝番	01	連絡先	088-823-9360	
	解除を希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナ保険証での医療機関の受診が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					

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の健康保険証利用登録の解除を申請します。

署名： 高知 太郎

解除対象者以外の方が申請する場合は「続柄」「代理人の連絡先」をご記入ください。

(代理人の場合) ※対象者が18歳以上の場合は、委任状の提出が必要です。

解除対象者との続柄： 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()

連絡先： 090-1234-5678

※ 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。

《マイナンバーカードの健康保険証利用登録について》

※ 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。

高知市 使用欄	受付者	資格確認書の交付	(申請者の本人確認)
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 特別療養費 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()

委任状

委任状を記入した日

令和 6 年 11 月 28 日

高知市長様

《委任者》

住所 高知市本町五丁目1番45号

氏名 高知 花子

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に係る手続きの一切を、以下の者に委任します。

《受任者》

住所 高知市本町五丁目1番45号

氏名 高知 太郎

ご注意いただきたいこと

- ① 委任状は全て「委任者」がご記入ください。
- ② 成年後見人等が申請する場合は、委任状の代わりに「登記簿謄本(写)」が必要です。
※ 登記簿謄本は発行から3か月以内のもの。
- ③ 解除対象者が18歳未満の方の場合は、委任状は不要です。
- ④ 委任状の記載が困難な場合は、保険医療課 資格賦課担当までご相談ください。

高知市役所 保険医療課 資格賦課担当 ☎ 088-823-9360