

（中 土 佐 町 国 民 健 康 保 険）
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委任状

年 月 日

〈 注 意 〉 委任する本人が自筆にて作成してください。

委任者（利用登録解除を希望する方）

住 所

氏 名

生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日

私は次の注意事項を確認したうえで、下記の者を代理人に定め、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権限を委任します。

- ・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。
- ・利用登録の解除を申請した方（有効期間内の健康保険証を有している方を除く。）には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。
- ・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1～2か月程度時間がかかります。
- ・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医療を受けることができます。

代理人（解除手続きを行う方）

住 所

氏 名

生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日

電話番号

※この委任状のほかに、代理人の本人確認ができる書類の提示が必要です。

※この委任状は、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ついてのみ使用可能です。

委任状と添付書類のほか、「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」が必要です。