

※ < 注意 > 委任する本人が自署または記名押印してください。

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

委任者（利用登録解除を希望する方）

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 明・大・昭・西暦 _____ 年 月 日

私は次の注意事項を確認した上で、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。
- ・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。

代理人（解除手続きを行う方）

氏 名 _____

住 所 _____

※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。（マイナンバーカード、運転免許証等の公的機関が発行した顔写真付きの書類）

※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。