

# 委任状

年 月 日

南伊勢町長 あて

## 【代理人】（解除手続きを行う方）

氏名	
住所	

私は、次の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内容を確認した上で、上記の者を代理人として、マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請 に関する手続きを委任します。

- ※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。
- ※利用登録の解除申請後、有効な被保険者証がお手元がない方には、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る場合があります。
- ※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。
- ※健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

## 【委任者】（解除手続きを希望する方）

氏名		生年月日
		年 月 日
住所	南伊勢町	
本人が申請できない理由		

※委任者の氏名は、必ず委任者本人が自署してください。

※やむを得ず委任者以外の方が代筆する場合は、代筆理由および代筆した方の氏名を記入してください。

代筆理由		代筆者氏名	
------	--	-------	--