

西之表市国民健康保険 自己情報提供不可フラグ・不開示該当フラグ【解除】申出書

西之表市長 殿

令和 年 月 日

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|
| 記号番号                     | 西国保                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |         |
| 申請者                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | 世帯主・世帯員 |
| 現住所                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |         |
| 西之表市在住<br>時の住所           | ※現住所と同じ場合は「同上」としてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |         |
| 電話番号                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |         |
| 対象者                      | フリガナ<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日           |         |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 昭 平 令<br>年 月 日 |         |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 昭 平 令<br>年 月 日 |         |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 昭 平 令<br>年 月 日 |         |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 昭 平 令<br>年 月 日 |         |
| いずれかに<br>チェック            | フラグを解除することにより、以下のことが出来るようになります。<br><b>必ず□にチェックを入れてください。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |         |
| <input type="checkbox"/> | ①自己情報提供不可フラグ<br>・マイナンバーカードの保険証利用登録及び病院や薬局での保険証利用ができます。<br>・マイナポータルでご自身の保険証情報や診療・薬剤・医療費・検診情報等が確認できます。<br><input type="checkbox"/> DV・虐待等は解決していないが、マイナンバーカードは手元にある。<br><input type="checkbox"/> 加害者のところにマイナンバーカードを置いてきていない。若しくは加害者のところにマイナンバーカードを置いてきた場合、再交付の手続きを完了している。<br><input type="checkbox"/> 加害者をマイナポータルの代理人に設定していない。<br>◎上記全てにチェックがついている場合のみ、①自己情報提供不可フラグを解除します。 |                |         |
|                          | <input type="checkbox"/> ②不開示該当フラグ<br>・マイナポータルでやりとり履歴が確認できます。<br>・病院や薬局がオンライン資格確認をした場合、住所が表示されます。<br>●DV・虐待等が解決し、現在は所在地を隠す必要がない場合。<br>⇒①及び②のフラグを解除できます。（※②のみの解除はできません。）                                                                                                                                                                                                 |                |         |

|      |                    |     |
|------|--------------------|-----|
| 本人確認 |                    |     |
| 方 法  | 資格確認書（国 社）免 マ 他（ ） |     |
| 受 付  | 入 力                | 確 認 |
|      |                    |     |

|     |
|-----|
| 受付印 |
|     |