

常務理事	事務長	課長	係長	係

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

被保険者	健康保険の 記号番号	-	被保険者氏名	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	- -

解除申請者	対象者 氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	昭和・平成・令和
					年 月 日

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。

※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる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には、当組合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ヶ月程度時間がかかる場合があります。

令和 年 月 日

署名： _____

解除を希望する理由

※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良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。

※なお、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。

※代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名		続柄	
	日中連絡先	-		
	申請代行の理由			

※ 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2ヶ月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が当組合（以前に加入していた医療保険者）に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。

※ 本人確認書類として、

対象者のマイナンバーカード（表面）の写しを添付して下さい。