

常務理事	事務局長	事務局次長	部 長	次 長	課 長	課長補佐	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

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を希望する場合にご使用ください

		申請日	令和	年	月	日
被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号		生年月日	
					1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日	
	氏名	フリガナ				
郵便番号	-		電話番号			
住所						

対 象 者 欄	対象者	1 被保険者（本人）分のみ 2 被扶養者（家族）分のみ 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分			
	被 保 険 者	フリガナ 氏名	生年月日	被保険者等 枝番	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の 解除を申請する
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日	被保険者等 枝番	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の 解除を申請する
			1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		
被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日	被保険者等 枝番	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の 解除を申請する	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日			
被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日	被保険者等 枝番	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の 解除を申請する	
		1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日			

注 意 事 項	1 : 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。 2 : 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。 3 : 利用登録解除の完了は、解除申請がされ、当組合が中間サーバーに登録した翌月末日になります。申請者ご本人でマイナポータル（政府が運営するオンラインサービス）の「健康保険証の利用登録の申込状況」から利用登録が解除されていることをご確認をお願いいたします。 4 : 利用登録の解除の申請後から利用登録解除の完了までの間に、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、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。
------------------	---

※ 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き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。

受付日付印

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

この届書は、諸事情によりマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除をするための申請書です。

<記入方法>

被保険者情報欄：【申請日】

この届書を申請する年月日をご記入ください。

【被保険者等記号・番号】

被保険者等記号・番号をご記入ください。被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」、「資格情報のお知らせ」または「健康保険証」をご確認いただくか、事業所の健康保険事務担当者にご確認ください。

対象者欄：【対象者】

1.本人分のみ、2.家族分のみ、3.本人および家族分、のいずれかを選択してください。

【被保険者、被扶養者①～③】

氏名、生年月日、被保険者等枝番をご記入のうえ、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請する」欄に、☑をしてください。

<申請方法>

・当組合に直接ご送付してください。

<注意事項>

・印刷後、文字の見切れ等がないかご確認ください。