

(マイナンバー様式C)

支 部 長 印	利用登録解除	事務局長	班 長	担 当 者
解除日：令和 年 月 日				

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

被保険者 記号	宮建	被保険者 番号	A
------------	----	------------	---

※マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除したい方の氏名等をご記入願います。

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日
			昭・平・令 ・				昭・平・令 ・
			昭・平・令 ・				昭・平・令 ・
			昭・平・令 ・				昭・平・令 ・

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 「同意事項」	<input type="checkbox"/> 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。 なお、当組合の有効な健康保険証をお持ちの方は、有効期限まで健康保険証を使用していただきますので、その間、資格確認書は交付されません。 ※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。
--	---

(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。

※なお、解除予定日は、当組合(本部)受付日の翌月末日(予定)です。

※ 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。

※ 解除予定日前に、他の医療保険に加入する場合は、解除申請を行った旨を次の医療保険者に伝えてください。

「同意事項」に同意した上で上記のとおり申請します。 令和 年 月 日	受付印
郵便番号 _____ 電話番号 _____ 組合員住所 _____ フリガナ _____ 組合員氏名 _____ (印)	