

| | | | | |
|-----------|------|------|----|--------------------------|
| 健保 使用欄 | 常務理事 | 担当上司 | 担当 | 資格確認 書発行 |
| | | | | <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申請書

三谷健康保険組合 殿

令和 年 月 日

| | | | | |
|---|---|----------------------|--------------|--|
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | フリガナ | |
| | | | 解除対象者 の氏名 | |
| 解除対象者 の生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 | |
| 解除対象者 の住民票住 所 | (〒 -) | | | |
| | 都道 府県 | | 市区 町村 | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | - - ※日中の連絡先を記入してください | | |
| | Email | | | |
| マイナンバー カードの 健康保険証 利用登録解 除について | <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。 ※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場合、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 ※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、当組合より資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診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。 (自筆) 署名： () *署名欄は解除対象者本人が署名してください。 *小さいお子様など解除対象者本人が署名できない場合は、被保険者本人が署名してください。 *代理人が申請する場合は、署名欄は代理人のものを記入し、()内に解除対象者との続柄(関係)を記入してください。 | | | |

(解除を希望する理由を記入してください)

- ※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、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、医療機関等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。

(備考) 代理人により申請する場合は、連絡先欄および署名欄は代理人のものを記入してください。

(注) 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。