

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(一般用)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号	番号	住所	〒
	生年月日		フリガナ	
	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	氏名	Ⓜ
	事業所名		所属部室店名	(建屋名:)
勤務先 電話番号		携帯電話		

フリガナ		生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	続柄	
氏名						

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

- ・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、保険者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か月程度時間がかかる場合があります。

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します。

解除申請者署名・捺印

Ⓜ

(備考) 代理人により申請する場合は署名・捺印欄に、解除申請者及び代理人の氏名及び電話番号を記載してください。

解除を希望する理由(下記にご記入ください。)

※ 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。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2か月程度)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。

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	事業主印
	事業所所在地	⊙
	事業所名称	
事業主氏名		

※事業主印は役職印を押印してください。(個人印不可)

事業主の証明 : FG、BK、TB・・・支店→支店長、本部→所属部長 SC、RT・・・人事部長
 関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を受けてください。

受付日付印

処理日	常務理事	事務長	次長	係員
令和 年 月 日				