

(秘密)

(提出先)
当健保HP「家族が増えた・減ったとき」の
「提出先1」をご確認ください。

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

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

記入日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号(左つめ) <input type="text"/>	番号(左つめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日
	氏名	フリガナ							
	郵便番号	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>			
	住所	都 道 府 県							
	Email	@							

解 除 対 象 者	フリガナ	生年月日
	氏名	<input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和
		<input type="text"/>
		年 月 日

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。
	解除を希望する理由 []
	<p>※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。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、健保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。</p> <p>※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。</p> <p style="text-align: right;">* 自署の場合は押印不要</p> <p style="text-align: center;">署名 印</p>

注 意 事 項 等	<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>
-----------------------	--

(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。

受付日印
