

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

被保険者等 記号-番号		被保険者氏名	
解除対象者名	フリガナ	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日
郵便番号		電話番号	
住所			

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。

- ①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ができなくなります。
- ②利用登録の解除を申請した方には、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利用登録解除の申請から、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。

令和 年 月 日

解除対象者署名: _____

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、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。

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所所在地	上記の通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。 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

常務理事	事務長	係	係