

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

下記の理由により、マイナンバーカードの  
健康保険証利用登録の解除を求めます。

## 解除希望理由

## 理由：

※マイナンバーカードにより医療機関を受診することで、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、①マイナポータル ②セブン銀行ATM ③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。

受付印

◎代理人により申請する場合は、下記の氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

解除申請者	被保険者記号/番号/枝番	被保険者記号	番号	枝番	氏名	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	連絡先	自宅 ( )	携帯 ( )
	住所	〒				
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（下記ご確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> と署名を必ずご記入ください）						
<input type="checkbox"/> この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。						
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はできなくなります。						
2.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。						
3.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、時間がかかる場合があります。						
4.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。						
署名： _____						