

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

中国電力健康保険組合 理事長 殿

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者情報	記号・番号	20 - 555555	氏名	健康太郎
	会社名	〇〇〇〇〇(株)	所属名称	〇〇〇〇部 〇〇課 〇〇担当
	勤務先電話番号	(082) △△△ - △△△△	自宅電話番号	(082) △△△ - △△△△
解除	フリガナ	ケンコウ ジロウ	生年	昭和
	氏名	健康二郎	年月日	平成 29年3月20日 令和
申請者	住所	(郵便番号 700 - 0001) 広島 都道府県 広島 市区町村 中区〇〇町〇番〇〇号 △△マンション〇〇〇号室		
	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	<input checked="" 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。 ※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。 署名: 健康二郎		

(解除を希望する理由)

「解除を希望する理由」を、具体的に記入してください。

- ※ 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。

(備考) 解除申請書の署名は、被保険者が被保険者氏名を署名してください。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

被保険者が必ず記入してください。
記入漏れの場合は、返却させていただきます。

被保険者確認欄



この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

(提出先) 加入者 → 事業主 → 健康保険組合

決定

健保組合	同			資格確認書	解除登録
	常務理事	事務長	担当		

上記のとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。

事業主	各長	担当

受付印