

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 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—	氏 名	
	会 社 名		所 属 名 称	
	勤 務 先 電 話 番 号	() —	自 宅 電 話 番 号	() —
解 除 申 請 者	フリガナ		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏 名			
	住 所	(郵便番号 —) 都道 市区 府県 町村		
	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 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： _____		

(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) 解除申請者が未成年等により署名できない場合、解除申請者欄の署名は、被保険者が被保険者氏名を署名してください。

(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。

被 保 険 者 確 認 欄	<input type="checkbox"/>	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	伺			資格確認書	解除登録	事 業 主	各長	担当	受 付 印
	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。