

常務理事	事務長		係

マイナンバーカードの 健康保険証利用登録解除申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出

解除申請者	被保険者証等	記号 ● ●	番号 ● ● ● ● ● ●	解除申請の対象者の氏名等 について記入
	氏名	(フリガナ) タチカワ タロウ 立川 太郎	生年月日 □ 昭和 ☑ 平成 ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日 □ 令和	
	住所	(〒 190 - 0012) 東京 都 立川市曙町2-37-7 府 県 コアシティ立川1201		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 ● ● (● ● ● ●) ● ● ● ●		

1. 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→



解除を希望する場合は必ずチェック✓

- ※ 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。
 - ※ 利用登録の解除申請をした方には、健康保険組合から資格確認書を交付します。
 - ※ 解除後、医療機関・薬局を受診される際には資格確認書の持参が必要です。
 - ※ 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ヶ月程度時間がかかる場合があります。
- (注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2ヶ月程度)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。

2. 解除を希望する理由をご記入ください(必須)

(例) マイナ保険証を利用しないため

- ※ 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良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。
- ※ 解除後も再度利用登録の手続きを行うことは可能です。
- ※ 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。

3. 上記確認のうえ、ご署名をお願いします

署名： 立川 太郎

解除申請の対象者の署名
が必要です

代理人により申請する場合は、記入のこと

代理人の欄	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	代理人 (フリガナ)	
	氏名	