

常務理事	事務長	所属長	係員

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

山崎製パン健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

解 除 申 請 者	健康保険の記号—番号	フリガナ 氏 名		
	被保険者が勤務している事業所	生年月日		
		昭・平・令 年 月 日		
	住 所			
	〒 — () ☎ ()			
<p>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</p> <p>※□にチェックを入れ署名してください</p>	<p><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</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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し込み状況」画面に反映されるまで時間がかかる場合があります。</p> <p style="text-align: right;">署名： _____</p>			
解除をする理由をご記入ください	<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 尚、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。</p>			

(備考) 代理人により申請する場合は、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。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。

決裁日付印	確認日付印	受付日付印