

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

電子回路健康保険組合 殿

令和 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                |     |  |     |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------------|-----|--|-----|---|---|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          | 生年<br>月日 | 昭和<br>平成<br>令和 |     |  | 年   | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |          |                |     |  |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒 -      |          |                |     |  |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                |     |  |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 電話番号 - - |          |                |     |  |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 被保険者等記号番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | 記 号      |                | 番 号 |  | 枝 番 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                |     |  |     |   |   |
| マイナンバー<br>カードの健康<br>保険証利用登<br>録の解除につ<br>いて                                                                                                                                                                                                                                                          | <div><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。</div> <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>署名：<div></div></div> |          |          |                |     |  |     |   |   |
| (解除を希望する理由)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                |     |  |     |   |   |
| <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>※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識付きカードリーダーから行うことができます。</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                |     |  |     |   |   |

(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(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。