

常務理事	事務長	課長	担当者

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

兵庫県建築健康保険組合 様

令和 年 月 日

解除申請者	記号		番号		枝番	
	フリガナ				生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日
	氏名					
	住所	〒				
	電話番号 (日中連絡先)					
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。 解除申請者署名 解除申請者(氏名)の代理人として 代理人署名					

(解除を希望する理由) ※必ず記載してください

- ※ 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。

(備考) 自署のできない未成年者及び成年後見人等を必要とする方が申請する場合は、代理人欄に代理人(成年後見人等)が署名してください。

受付印