

記入例

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解除申請者	記号	999	番号	999	枝番	99
	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和
	氏名	健保 太郎				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇				
	電話番号 (日中連絡先)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
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 健保 太郎					
					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

〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため、解除希望。

- ※ 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

記入例

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

解除申請者	記号	999	番号	999	枝番	999
	フリガナ	ケンポ イチロウ			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和
	氏名	健保 一郎			〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇				
	電話番号 (日中連絡先)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
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 健保 一郎)の代理人として 代理人署名 健保 太郎		

(解除を希望する理由) ※必ず記載してください

〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため、解除希望。

- ※ 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