

マイナ保険証利用登録解除申請書

山梨県医師国民健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

解除申請者	フリガナ			生 年 月 日	昭和・平成・令和
	氏名 (対象者)	☆対象者が家族の場合組合員氏名 ()			年 月 日
	住所	郵便番号 -			
	電話番号				
	被保険者記号番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号番号	2 0 - - -	枝番	()
	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 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。 署名：			

(解除を希望する理由)

1. マイナ保険証の利用を希望しないため

2. その他 (理由：)

※ 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) 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。

記入例

マイナ保険証利用登録解除申請書

記入日をご記入ください

山梨県医師国民健康保険組合 理事長 殿

ご自身が家族の場合、組合員の氏名をご記入ください

6年11月1日

解除申請者	フリガナ	△△△ △△△		生	昭和・平成・令和	
	氏名 (対象者)	〇〇〇 〇〇〇		年	2年 1月 1日	
		☆対象者が家族の場合組合員氏名 (〇〇〇 ■■)		月		
	住所	郵便番号 400-0047 甲府市徳行5-13-5				
	電話番号	055-222-0003				
	被保険者記号番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号番号	20 - 〇〇 - 〇〇 - 〇〇		枝番	(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 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」画面に反映するまでに時間がかかる場合があります。 署名は申請者ご自身の名前をご記入ください。 署名： 〇〇〇 〇〇〇					

(解除を希望する理由) 1. マイナ保険証の利用を希望しないため 2. その他 (理由：)	どちらかの数字に〇をつけてください。2. その他の場合、理由をご記入ください。
※ 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) 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。