

常務理事	事務長	課長		

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

令和 年 月 日 提出

解除申請書者欄	記号		番号		枝番				
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	郵便番号		ー	住所				
	電話番号		(日中連絡が取れる電話番号ご記入ください)						
	署名欄		☐ 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、組合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。 ただし、保険証をお持ちの方は令和7年12月1日まで使えますので令和7年11月に資格確認書を交付します。 ※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 時間がかかる場合があります ※利用登録の解除は、組合が申請を受理し中間サーバーへ解除依頼及び解除受付をした日の翌月末日になります。 申請日 令和 年 月 日 署名: _____						
解除を希望する理由									

- ※ 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。

代理人により申請をする場合は下記の委任欄もご記入ください

委任欄	私は本申請について代理人に委任します			委任者との関係
	氏 名 ㊞			
	代理人の住所	〒		
	代理人の電話番号	(日中連絡が取れる電話番号をご記入ください)		
	代理人の氏名			

受付日付印

印刷製本包装機械健康保険組合

《注意事項》

1. 利用登録解除完了通知は送付しませんので、マイナポータル等でご確認ください。