

理事長	常務理事	事務局長	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

被保険者番号 組合員証の番号		枝番	
解除を希望する 被保険者	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)		

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

※下記にを入れ、解除を希望する理由をご記入のうえ、解除を希望する本人が署名してください。

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。

(解除を希望する理由)

署名

※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。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 〒

(准)組合員 個人番号(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名

印

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

- (注) ※ 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。

(准)組合員本人以外の者(代理人)が直接組合に持参されるときは、下記の委任欄にご記入ください。来られる方は身分証明書をご持参ください。

【委任欄】	私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。	日付	令和 年 月 日
受任者 (代理人)	印	委任者 (組合員)	印