

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

京三製作所健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

|                       |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |  |                      |  |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|----------------------|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | 被 保 険 者 等<br>記 号 ・ 番 号 ・ 枝 番       | 記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 番号 |  | 枝番                   |  |
|                       | 対 象 者 氏 名                          | フリガナ<br>(自署)                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |    |  | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 |  |
|                       | 住 所                                | 〒<br><br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |    |  |                      |  |
|                       | マイナンバーカードの<br>健康保険証利用登録の<br>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。<br>(左側のチェック欄に☑をご記入ください)<br><br>※ 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。<br>※ 利用登録の解除を申請した方は、「資格確認書(再)交付申請書」を併せてご提出ください。<br>資格確認書を交付します。<br>※ 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、<br>1～2 か月程度の時間がかかる場合があります。<br><br>署名 : _____ |  |    |  |                      |  |
|                       | 解除を希望する理由                          | <div></div><br>※ 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。<br>※ 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。<br>※ 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。              |  |    |  |                      |  |

代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

|                       |         |            |              |  |
|-----------------------|---------|------------|--------------|--|
| 申<br>請<br>代<br>行<br>者 | 氏 名     |            | 申請者との<br>続 柄 |  |
|                       | 住 所     | 日中の連絡先 ( ) |              |  |
|                       | 申請代行の理由 |            |              |  |

(注意事項)

解除申請後から解除されるまでの間 (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。