

伺年月日	令和	年	月	日
資格	取得	年	月	日
	喪失	年	月	日

常務理事	事務長	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

静岡県自動車整備健康保険組合 御中

令和 年 月 日

氏名	フリガナ		生年月日	大正・昭和							
				平成・令和		年		月		日	
住所	〒		—		都道府県		市区町村				
連絡先	電話番号										
	E-mail										
被保険者証の記号・番号等 ※ 枝番を含め、すべて正確に記載して下さい。	被保険者証の記号			被保険者証の番号			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求めます。 ※ 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、時間がかかる場合があります。 署名 : _____										

(解除を希望する理由)

- ※ マン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) 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下さい。

(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出るとともに、資格確認書の申請を行うようにして下さい。