

# < 記入例 >

## 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

神奈川県歯科医師国民健康保険組合 殿

|               |  |                         |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
|---------------|--|-------------------------|-----------|--------------|----|----|----|----|---|---|---|----|---|---|
|               |  |                         |           | 記入日          | 令和 | 7  | 年  | 1  | 月 | 1 | 日 |    |   |   |
| 組合員           | フリガナ                                   | コクホ タロウ                 |           | 生年月日         | 昭和 | 平成 | 令和 | 58 | 年 | 7 | 月 | 31 | 日 |   |
|               | 氏名                                     | 国保 太郎                   |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
| 解除対象者         | 被保険者等記号・番号・枝番<br>※枝番を含め、全て正確に記載してください。 |                         |           | 記号           | 番号 |    |    |    |   |   |   | 枝番 |   |   |
|               |  |                         |           | 32           | 1  | 2  | 3  | 4  | 5 | 6 | 7 | 8  | 0 | 2 |
|               | フリガナ                                   | コクホ イチロウ                |           | 生年月日         | 昭和 | 平成 | 令和 | 1  | 年 | 9 | 月 | 10 | 日 |   |
|               | 対象者氏名                                  | 国保 一郎                   |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
|               | 対象者住所                                  | (郵便番号 231-0013 )        |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
| 神奈川県          |  | 横浜市                     | 中区住吉町6-68 |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
| 電話番号          | ( 045 - 641 - 5418 )                   |                         |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
| 代理人<br>(備考参照) | フリガナ                                   |                         |           | 電話番号 ( - - ) |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |
|               | 氏名                                     | ※代理人による申請の場合のみ、ご記入ください。 |           |              |    |    |    |    |   |   |   |    |   |   |

解除を希望する理由 (該当する理由に☑を記入してください)

- マイナ保険証が不便なため
- マイナンバーカードの携帯に不安があるため
- その他 ( )

以下の注意事項を確認した上で、マイナンバーカードの健康保険利用登録の解除を申請します。

↑確認後、☑を記入してください

- ・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。

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。
- ・15歳未満および成年被後見人の方は、法定代理人(親権者等)による申請となりますので、代理人欄へご記入ください。

注意)

- ・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。
- ・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。

| データ入力日 | 交付日 |
|--------|-----|
|        |     |

| 課長 | 担当者 |
|----|-----|
|    |     |