

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

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被保険者等記号・番号・枝番を含め、すべて正確に記入してください。				
解 除 申 請 者	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	解除申請者 フリガナ	ケンコウ カズコ
	解除申請者 被保険者等 枝 番	03	解除申請者 氏 名	健康 和子
	被保険者 氏 名	健康 太郎	解除申請者 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 50 年 7 月 7 日
	解除申請者 住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号 〇〇マンション 405 号室		
	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	<p>●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。</p> <p>●利用登録の解除を申請した方が有効な資格確認書を有していない場合は、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、資格確認書の提示が必要です。</p> <p>●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。</p> <p>上記をよく読んだうえで、下記に☑を記入し、署名してください。</p> <div><input checked="" 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。</div> <p>解除申請年月日：令和 7 年 12 月 10 日</p> <p>署名：健康 和子</p> <p>(代理人が申請する場合は、代理人が署名し末尾に代筆と付記してください。)</p>		
	解除を希望 する理由	解除を希望する理由を具体的にご記入ください。		
<p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●健康保険証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。</p>				

申 請 代 行 者	代理人により申請する場合は、以下をご記入ください。		
	氏 名	申請者との 続 柄	
	申請代行の 理 由	日中の 連絡先	( )

- 〔 注 意 事 項 〕
- この届は、マイナ保険証の利用を解除したいときに提出してください。
  - 消えないボールペンを使用し、訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）
  - 選択欄は該当事項に○を記入し、チェック欄は□に☑を記入してください。
  - 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当組合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の  
健康保険証利用登録の解除申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被保険者等記号・番号・枝番を含め、すべて正確に記入してください。				
解除申請者	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	解除申請者 フリガナ	ケンコウ マサル
	解除申請者 被保険者等 枝 番	05	解除申請者 氏 名	健康 優
	被保険者 氏 名	健康 太郎	解除申請者 生年月日	9 5.昭和 7.平成 9.令和 2 年 10 月 22 日
	解除申請者 住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		
	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	<p>●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。</p> <p>●利用登録の解除を申請した方が有効な資格確認書を有していない場合は、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、資格確認書の提示が必要です。</p> <p>●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。</p> <p>上記をよく読んだうえで、下記に☑を記入し、署名してください。</p> <div><input checked="" 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。</div> <p>解除申請年月日：令和 7 年 12 月 10 日</p> <p>署名：健康 太郎 代筆 (代理人が申請する場合は、代理人が署名し末尾に代筆と付記してください。)</p>		
	解除を希望 する理由	解除を希望する理由を具体的にご記入ください。		
<p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●健康保険証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。</p>				

申請代行者	代理人により申請する場合は、以下をご記入ください。			
	氏 名	健康 太郎	申請者との 続 柄	父
	申請代行の 理 由	申請対象者が幼児のため	日中の 連絡先	080 ( 0000 ) 1111

- 〔注意事項〕
- この届は、マイナ保険証の利用を解除したいときに提出してください。
  - 消えないボールペンを使用し、訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。（修正テープ使用不可）
  - 選択欄は該当事項に○を記入し、チェック欄は□に☑を記入してください。
  - 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当組合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。