常務理事	事務長	課長	係長	係員

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

ナオリ健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

被保険者等　記号・番号 ※枝番含め記入ください。	被保険者等の　　記号　　番号　　枝番		
フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名			年　　月　　日
住所	（〒　　－　　） 都 道 府 県 連絡先電話番号（　　）　　－		
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	□ **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。** （申請される方は上記の□の欄に☑のように、チェックの記入をお願いします。）		

<u>※注意（以下の内容を必ずお読みになり内容確認の上、以下の署名をお願いします。）</u>
・利用登録を解除すると、マイナンバーカードからのオンライン資格確認を行うことはできません。
・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、マイナポータル上での「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。

（解除を希望する理由）

署名欄:

※マイナンバーカードで受診することで、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。
※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。
（マイナポータル・セブン銀行ATM・医療機関、薬局の受付に設置されている顔認証付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、連絡先を記載してください。
※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。

（2024.10）