

複数人申請する場合は全員分
作成すること

申請年月日:和暦 6年12月15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
アステラス健康保険組合 殿

解除申請者	フリガナ	アステラス タロウ	生年	大正・昭和
	氏名	アステラス 太郎	月日	平成・令和 44年 1月 21日
	住所	(郵便番号 103-8411) 東京都中央区日本橋本町2-5-1		
	連絡先	電話番号	03-1234-5678	
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番
		101	1234	01
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申請します。 ※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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名: _____ 署名をお願いします			

(解除を希望する理由を具体的に記入してください)

解除理由を記入してください

- ※ 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。

(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。

(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。

事業主欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名所
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印
