

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	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

神奈川県機器健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏名							
	住所	(郵便番号 -)						
		都道府県		市区町村				
	連絡先電話番号							
	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				
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。 (但し、現行の保険証をお持ちの方には、令和7年12月1日まで「資格確認書」は交付いたしません。) ※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： _____							

(解除を希望する理由)
[]
※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で、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。

代 理 人	私は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に伴う申請について次の者に委任します。 氏名 _____ 続柄 () _____ 連絡先 _____ 住所 _____
-------------	---

受付日付印

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人欄に記入してください。

(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、別の医療保険者に異動した場合は、異動後の医療保険者に対し、自身が以前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。