

健保組合 押印欄	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

ユアサ健康保険組合 理事長 殿

届出日 令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ		記号	番号	枝番	00	
	氏名						
	住所	〒					
	電話番号		生年月日	昭和・平成・令和			
	E-mail			年 月 日			

解 除 対 象 者	<input type="checkbox"/> 解除対象者と同じ 解除対象者が被保険者の場合は☑を入れ、解除対象者の署名欄に自署してください。						
	フリガナ		記号	番号	枝番		
	氏名						
	住所	〒					
			生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)			
<p>解除を希望する理由をお書きください。(必須)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>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</b></p> <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には、ユアサ健康保険組合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。</p> <p>※ 解除対象者が未成年(18歳未満)の場合は、署名欄は被保険者または親権者が署名し、『代筆』と書いてください。</p> <p><b>私は、上記を理解したうえでマイナンバーカードの健康保険証利用について、登録の解除を申請します。</b></p> <p>解除対象者の署名(自筆):</p> <p>_____</p> <p>(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先に、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。</p> <p>(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(健康保険組合等)等に異動した場合は、異動後の医療保険者(健康保険組合等)等に対し、ユアサ健康保険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。</p>							

※ マイナ保険証で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。

※ 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。

<p><b>記載内容に相違がないことを確認しました。</b></p> <p>事業所所在地 〒</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p> <p>担当(確認)者氏名</p>
---

健保組合確認印	健保組合受付印