

事務長	課長	係

処 理 欄			
国保システム	中間サーバー	資格確認書	
—			

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

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

(申請日) 令和 年 月 日

被 保 険 者 (解除対象者)	記 号	番 号	枝 番	組 合 員 所 属 事業所	名 称								
	鹿歯・鹿歯従				所在地								
組 合 員	(ふりがな) 氏 名			生年月日		昭・平・令 年 月 日							
	住 所	〒											
解 除 対 象 者	(ふりがな) 氏 名			生年月日		昭・平・令 年 月 日							
	組合員との続柄												
	連絡先(電話番号)	(— —)											
同 意 欄	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 ※下記を確認の上、署名・捺印をしてください												
	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。 ※利用登録の解除を申請した場合、本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持参が必要です。 署 名 : _____ (印) (※自署の場合は押印不要)												

【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。

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は下記受任欄に記入をしてください。
※代理の方が届け出る場合は、身元確認をさせていただく場合があります。

【受任欄】私は上記の申請者から本申請について委任を受けました。 令和 年 月 日			
代理人 住所	代理人 氏名		(印)
(※自署の場合は押印不要)			

【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。