

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

京都府建設業職別連合国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

記 号 番 号 枝 番	職 ー ー	組合員氏名	
住 所	〒 ー	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
連 絡 先	電話番号		
	E-mail		

解除される 被保険者	枝 番	氏 名	
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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。  ※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、時間がかかる場合があります。  組合員氏名		

(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。

上記の申請は、適正なものであると認めます。  
(支部長) 氏名

理事長	専務理事	事務長	課 長	担当者