様式第25号

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

記号		番号		枝番	

記号・番号・枝番はできるだけに記載してください。

解除申請者			
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性別	生年月日
氏名			□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和

☐ 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。　☑を記入してください

※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、当国保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。
※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。

（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。

上記のとおり申請します。

申請日（記入日）　令和　　年　　月　　日

申請者住所　〒　　－　　　　電話　　－　　－

＊申請者氏名（自署）

富山県医師国民健康保険組合　理事長殿

＊申請者は組合員とし、組合員による申請が困難で家族が申請するときは家族の氏名および連絡先を記入してください。
(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

※組合記入欄

常務理事	事務長	申請内容確認	資格確認書	解除確認	確認
			月　日交付	月　日	

受付印