

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

常務理事	事務長	担当者	担当者

解除申請者の 被保険者等記号番号 ※枝番まで記入ください		記号	番号	枝番	令和 年 月 日
解 除 申 請 者	フリガナ			生 年 月 日 5・昭和 7・平成 9・令和	年 月 日
	氏名				
	住所	〒 —		市区町村	
		都道府県			
	連絡先	— —			
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除について	☐ 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。 （令和7年12月1日までは、現行の健康保険証をお持ちの方は、そのまま健康保険証をご使用ください） ※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し込み状況」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・医療情報データに基づいたより良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きをおこなうことは可能です。
------------------	--

(備考)代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、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。

受 付 年 月 日

(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も申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。

◆本申請書は、Eメール(kenpo-shinsei@scsk.jp)にてお送りください。
 なお、メール申請する場合はPDFファイルにパスワードを設定してお送りください。