

# 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

クラレ健康保険組合 殿

申請年月日 年 月 日

解除申請者(対象者)	会社名	会社名						
	被保険者等 記号・番号・枝番	記号	番号(社員番号)	枝番	生年月日			
	氏名	フリガナ			1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日
	郵便番号	郵便番号		電話番号	電話番号			
	住所	都道 府県						

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。

- ※ 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ついては、資格確認書を送付します。  
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。

署名 \_\_\_\_\_

(解除を希望する理由) ~具体的に記入してください。

理由欄

- ※ 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。

代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先を記載してください。

代理人欄

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
連絡先 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

受付日付印