

## 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 兼 健康保険資格確認書交付申請書

※ 本申請書はマイナ保険証を保有されている方のみ対象です。  
マイナ保険証をお持ちでない方は申請できません。

令和 年 月 日

|   |  |         |              |      |     |
|---|--|---------|--------------|------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 健康保険 記号  | 健康保険 番号 | フリガナ ケンポ タロウ |      | 性別  |
|   | ×××  | ××××××  | 氏名 けんぽ 太郎    |      | 男 女 |
| 連絡先<br>(送付先)  | 住所 〒 東京都△△区<br>電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 Email 〇〇〇〇.△△△@----  |         |              |      |     |
| 解除<br>対<br>象<br>者<br>(<br>全<br>員<br>記<br>載<br>)   | フリガナ   |         | 続柄           | フリガナ |     |
|   | 氏名   |         |              | 氏名   |     |
|   | フリガナ   |         |              | フリガナ |     |
|   | 氏名   |         |              | 氏名   |     |
|   | フリガナ   |         |              | フリガナ |     |
| 氏名  |  |         | 氏名           |      |     |
| 【解除対象者(全員記載)】欄<br>被保険者、被扶養者にかかわらず解除する方<br>全員を記載してください。<br>こちらに記載の方のみ解除対象者とします。  |  |         |              |      |     |
| <input type="checkbox"/> チェックしてください。<br><input checked="" 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る。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。 |  |         |              |      |     |
| マイナンバー<br>カードの健康保<br>険証利用登録<br>の解除について  | 同意する (必須 <input type="checkbox"/> に✓チェックしてください)<br>※ 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。<br>※ 利用登録解除が実行されるのは、当組合が本申請書を受領した翌月末以降です。<br>利用登録解除状況については、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面で確認してください。<br>- 利用登録解 手書きしてください。 確認書(有) <b>けんぽ太郎</b><br>署名(自署): _____ |         |              |      |     |

## 解除を希望する理由 (必須 ご記入ください)

解除理由を記入してください。

- ※ 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。

(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

|               |     |
|---------------|-----|
| 健保<br>処理<br>欄 | 入力日 |
|               |     |

|               |      |     |        |    |    |
|---------------|------|-----|--------|----|----|
| 健保<br>処理<br>欄 | 常務理事 | 事務長 | マネージャー | 主任 | 担当 |
|               |      |     |        |    |    |

受付日付印

■ 申請書郵送先 ■  
 ・ 社内文書メール 185-250  
 ・ 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11 日本電気健康保険組合 適用担当 宛

## 日本電気健康保険組合 御中

## 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 兼 健康保険資格確認書交付申請書

令和 年 月 日

|                                       |              |   |         |    |      |  |     |    |
|---------------------------------------|--------------|---|---------|----|------|--|-----|----|
| 被<br>保<br>險<br>者                      | 健康保険 記号      |   | 健康保険 番号 |    | フリガナ |  | 性別  |    |
|                                       |              |   |         |    | 氏名   |  | 男 女 |    |
|                                       | 連絡先<br>(送付先) |   | 住所 〒    |    |      |  |     |    |
| 解除<br>対<br>象<br>者<br>へ<br><b>全員記載</b> | 電話番号         |   | Emai    |    |      |  |     |    |
|                                       | フリガナ         |   |         | 続柄 | フリガナ |  |     | 続柄 |
|                                       | 氏名           |   |         |    | 氏名   |  |     |    |
|                                       | フリガナ         |   |         | 続柄 | フリガナ |  |     | 続柄 |
|                                       | 氏名           |   |         |    | 氏名   |  |     |    |
|                                       | フリガナ         |   |         | 続柄 | フリガナ |  |     | 続柄 |
| 氏名                                    |              |   |         | 氏名 |      |  |     |    |
|                                       |              | <input type="checkbox"/> 同意する（必須 <input type="checkbox"/> に✓チェックしてください）<br>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。 |         |    |      |  |     |    |
| 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            |              | ※ 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。<br>※ 利用登録解除が実行されるのは、当組合が本申請書を受領した翌月末以降です。<br>利用登録解除状況については、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面で確認してください。<br>- 利用登録解除に伴い「健康保険資格確認書(有効期限:5年)」を発行します。  |         |    |      |  |     |    |
|                                       |              | 署名(自署): _____   |         |    |      |  |     |    |

## 解除を希望する理由 (必須 ご記入ください)

- 
- ※ 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。

(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

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 健<br>保<br>処<br>理<br>欄 | 入力日 |
|                       |     |

|                       |      |     |        |    |    |
|-----------------------|------|-----|--------|----|----|
| 健<br>保<br>処<br>理<br>欄 | 常務理事 | 事務長 | マネージャー | 主任 | 担当 |
|                       |      |     |        |    |    |

受付日付印

## ■ 申請書郵送先 ■

・ 社内文書メール 185-250

・ 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11 日本電気健康保険組合 適用担当 宛