

常務理事	事務長	部 長	副部長・次長	担当者

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

全国労働金庫健康保険組合 御中

記入日： 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	氏名								
	住所	〒 -							
		連絡先 ()							
	被保険者等記号・番号		被保険者等記号	番号		枝番	被保険者／被扶養者の別		
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。						被保険者 ・ 被扶養者		
	被保険者情報		被保険者名			被保険者の勤務先事業所名			
	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		☐ 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。 ※解除申請者には、保険者から被保険者へ対して「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。なお、有効な「健康保険証(経過措置期限まで)」を保有している方には、「資格確認書」の交付をいたしません。 ※利用登録解除後、申請者の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 カ月程度時間がかかる場合があります。						
	☑ ならびに署名を記してください。		署名： _____						

(解除を申請する理由)	
※ 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。	

[代理人により申請する場合は、以下を記入してください。]

代理人氏名： _____	申請者との続柄： _____
連 絡 先： _____ ()	※申請者へ確認の連絡を行うことがあります。 ※資格確認書は、被保険者へ送付します。

(注意) ・ 解除申請後から解除がなされるまでの間(1～2カ月程度)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。
・ 添付書類等は不要です(マイナンバーカードは送付しないでください)。

【提出先】 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階
全国労働金庫健康保険組合 業務部 宛

※健保使用欄	資格確認書	不要 ・ 要 ()	解除登録確認日	
--------	-------	------------	---------	--