

所属CD		
------	--	--

↑日本生命にお勤めの方は記入

## 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 「資格確認書」交付申請書

記号・番号は、(マイナポータル)アプリでご確認ください

記号	1   1   0   0	番号	1   2   3   4   5   6   7	所属名 部・室 支社 会 社 <b>大阪</b>				
	被保険者氏名 (フリガナ) ニッセイ ハナコ <b>日生 花子</b>		今橋		G 営業部			
解除申請者本人記入欄	↓ 氏名	(フリガナ) <b>ニッセイ タロウ</b> <b>日生 太郎</b>		生年月日	S · H · R 4 年 12 月 25 日			
	住所	(〒 ○○○ - ○○ ) <b>○○県○○市○○1丁目2-3</b>						
	被保険者等記号・番号 ※(マイナポータル)アプリで確認し、枝番を含め すべて正確に記載してください。		記号	1   1   0   0	番号	1   2   3   4   5   6   7	枝番	8   9
	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	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除し、「資格確認書」の交付を申請します。 ※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、健康保険組合から「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カ月かかる場合があります。						
	R 7年 12月 25日	署名 (解除対象者)		<b>日生 太郎</b>				
(解除を申請する理由をご記入ください)						○○○であるため。		

※代理人により申請する場合は、以下を記入してください。

申請代理人	氏名	<b>日生 花子</b>	続柄	<b>母</b>
	日中連絡先	<b>090 ( ○○○○ ) ○○○○</b>		
	代理人申請の 理由	<b>幼児のため、本人による記入ができないため。</b>		

※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、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き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。

(注) 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、自分が  
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。

健 保 処 理 欄	内容点検 取扱	資格確認書 取扱	再査	解除登録 取扱	再査	解除完了 取扱	再査