

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

CNCグループ健康保険組合理事長殿

令和 6 年 1 月 1 日

被保険者記号番号		被保険者氏名	
記号	番号	フリガナ	ケンボ タロウ
1324	1111	氏名	健保 太郎

生年月日		記入欄	
昭和・平成・令和		解除申請者氏名	
6 4 4 日		ケンボ ジロウ	
代理人氏名 (健保 太郎)		健保 二郎	
604-8153)		健保 太郎	
都道府県		市町村	
中京		烏丸通四条上る笋町689番地	
連絡先	電話番号	代理人電話番号	090-1234-5678
	Email	代理人Email	abc@ne.jp
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	(解除を希望する理由) ~~~~~のため		
	※下記お読みいただきご理解いただけましたら、署名ください。		
	<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申請します。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用登録の解除を申請した方には、保険者からの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。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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か月程度時間がかかる場合があります。		
	解除希望申請者署名：		健保 太郎

※マイナンバーカードの健康保険証の利用登録により、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。

(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。

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

CNCグループ健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者記号番号		被保険者氏名
記号	番号	フリガナ
		氏名

解除申請者記入欄		
生年月日		解除申請者氏名
昭和・平成・令和 年 月 日		フリガナ 氏名 代理人氏名 ()
住所	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村	
連絡先	電話番号 Email	代理人電話番号 代理人Email
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	(解除を希望する理由) ※下記お読みいただきご理解いただけましたら、署名ください。 <input 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申請します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用登録の解除を申請した方には、保険者からの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。 <input type="checkbox"/> 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か月程度時間がかかる場合があります。 解除希望申請者署名： _____	

※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の利用登録により、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。

(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。

資格確認書(再)交付申請書

滅失 き損 その他

健保 決裁 欄	常務理事	事務長	係	係

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。

※申請者本人の確認の為、運転免許証やパスポートなど申請者本人の顔写真つきの本人確認書類のコピーを添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被 保 険 者 氏 名		性別	被 保 険 者 生 年 月 日			被 保 険 者 個 人 番 号	
			(氏)	(名)	男 女	昭 平 令 和	年	月	日	※記号番号がわからないときに記入
再 交 付 申 請 の 対 象 者	氏	名	昭 平 令 和	年	月	日	男 女		以下より理由を選択し、数字を記入してください。 1:マイナンバーカード紛失 2:マイナンバーカード更新手続中 3:マイナンバーカード電子証明書有効期限切れ 4:マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていない 5:マイナ保険証による受診には第三者のサポートが必要 6:マイナンバーカード未作成 7:マイナンバーカード返納 8:資格確認書棄損・滅失 9:健康保険証棄損・滅失	※滅失・棄損の場合にご記入ください。 (滅失した場所や棄損に至った理由等を詳しくご記入ください。) 警察届出(盗難等) 年 月 日
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	(氏)	(名)	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
<p>※滅失した場合にご記入ください。</p> <p>上記の通り、資格確認書(健康保険証)を滅失した事に相違ありません。この資格確認書(健康保険証)について、万一事故がありました場合は、責任を持って弁償しますとともに、今後、資格確認書の扱いについては十分注意いたしますので、再交付をお願いいたします。なお、滅失した資格確認書(健康保険証)を発見いたしました時は、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p>										

上記の通り、被保険者から資格確認書の再交付の申請がありましたので提出します。
同時に、資格確認書(健康保険証)の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお今後、資格確認書の取り扱いに十分注意するよう指導します。

令和 年 月 日 提出

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電 話

受付日付印