

下記の記載例をご参照の上、解除申請書にご記入・ご捺印をお願いします。

なお、当組合ご提出の際は、組合員の顔写真付き公的本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）のコピーを添付してください。

【注意事項】

- ・解除後は、現在お手持ちの被保険者証(有効期限：令和7年7月31日)をお使いください。有効期限到達後は「資格確認書」をお使いいただきます。(令和7年7月末までに送付予定)
- ・解除申請者おひとりにつき1枚の解除申請書をご提出ください。
- ・令和6年12月2日以降のお手続きになります。最短で、処理の翌月の月末をもって解除が完了いたします。

【記載例】 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

令和 6 年 12 月 12 日

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
組合員	住所	広島市東区二葉の里三丁目 2-4-5F						
	氏名	広 歯 太 郎	Ⓜ	生年月日	昭・平 60年1月1日	Ⓜ	男・女	
	連絡先電話番号	090 — 1234 — 4567						
解除申請者	氏名	広 歯 太 郎		生年月日	昭・平・令 60年1月1日	Ⓜ	男・女	
	組合員との続柄	本人	枝番	01				

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の解除を申請します。
	<p>※利用登録を解除する場合は、マイナポータル上でオンライン資格確認を行うことはできません。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、保険者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。</p> <p>※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。</p>

ご記入・ご捺印をお願いします。

(解除を希望する理由)	<p>ご記入をお願いします。</p>
<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>	

理事長	常務理事	事務長	課長	受付

電算入力	確認書 交付

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

広島県歯科医師国保組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者番号						
組 合 員	住 所					
	氏 名	Ⓜ	生年月日	昭・平	年 月 日	男・女
	連絡先電話番号	— —				
解 除 申 請 者	氏 名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女
	組合員との続柄		枝番			

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 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。 ※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、保険者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か月程度時間がかかる場合があります。
----------------------------	---

(解除を希望する理由)	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>	

(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。

● 組合員の顔写真付き公的本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）のコピーを添付してください。