

常務理事	事務長	適用主任	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

千葉県トラック健康保険組合 殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	—	被保険者 氏名	(フリガナ)			
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	連絡先	()			
	被保険者住所	〒 -					
解 除 申 請 者	解除者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	続柄	
	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 (□にチェック をつけてくだ 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。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる医療機関等の受診ができなく なります。 ※利用登録の解除を申請した方で、被保険者証を持っていない方には保険者から 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「健康保険利用登録の申込状況」画面に 反映されるまで、1～2ヵ月程度かかる場合があります。 <div style="text-align: center;">署名(解除者の自筆)： _____</div>					
	解除を希望する 理由	※マイナンバーカードにより医療機関等を受診すると、ご本人の同意のもと、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。					

*代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

申 請 代 行 者	氏名	(フリガナ)		続柄	
	連絡先	()			
	申請代行の 理由				

※健康保険証の利用登録解除した後も、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の他、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。

~~~~~ 受付印 ~~~~~

~~~~~ 確認印 ~~~~~