

記入例

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

日立健康保険組合 理事長 殿

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

解除申請者	1	フリガナ	ケンポ マサミ		生年	昭和・平成・令和		57年 4月 1日	
	2	氏名	健保 正美		3	月日			
	4	住所	(郵便番号 000-000)						
			〇〇	都道	〇〇	市区	町村	〇〇町1-1-1	
	5	連絡先	電話番号	000-0000-0000					
			Email	aaaaaaaa@aaaaaa.aa.aa					
	6	被保険者等記号・番号	被保険者等記号		番号		枝番		
7	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	※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。保険証をお持ちの方は、2025年12月1日までに交付いたします。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。 ※利用解除の状況はマイナポータルでご確認ください。							

署名：健保 正美

8	解除を希望する理由	〇〇のため
---	-----------	-------

※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。

(備考) 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。

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除をするとき

◆注意事項

- 申請書記載事項をお読みいただいた上で、正確に記入してください。
- 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。保険証をお持ちの方は、2025年12月1日までに交付いたします。
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。
- 利用解除の状況はご自身でマイナポータル上でご確認願います。
(日立健保から通知いたしません。ご了承願います。)

◆記入要領（記入例の番号と照合してください）

①[フリガナ]

フリガナを記入してください。

②[氏名]

氏名を記入してください。

③[生年月日]

生年月日を記入してください

④[住所]

住所を記入してください。

⑤[連絡先]

日中連絡がとれる連絡先（電話番号・Email）を記入してください。

⑥[被保険者等記号・番号]

被保険者の記号・番号を記入してください。

記号・番号は、被保険者証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルのいずれかで確認できます。

⑦[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]

署名欄に氏名を記入してください。

⑧[解除を希望する理由]

解除を希望する理由を記入してください。

◆送付先

健保組合に送付してください。

【社外便】101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地 東お茶の水ビル 日立健康保険組合 業務(適用)

【社内便】(本)健保(0C2) 業務(適用)