

部 長	課 長	係 長	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

東京都医業健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
	氏名								
	住所	(郵便番号 -)							
		都道 府県				市区 町村			
	連絡先	電話番号							
		Email							
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号				番号			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	☐ 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。 署名: _____							

(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。

(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。