

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

ネクステージグループ健康保険組合殿

記入日： 年 月 日

解除申請者 （一人につき一枚提出）	被保険者等 記号・番号		記号	番号									
	カナ 氏名			生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日							
	住所	(〒 —)											
		都 道 府 県			市 区 町 村								
連絡先	※記入不備や確認・ご連絡したいことがある場合に使用します。												
	電話番号 — —												
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。 解除を希望する理由 [] ※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、健保組合から資格確認書を交付します。 ※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」画面に情報が反映されるまでは1～2か月程度時間がかかる場合があります。												
	署名（上記申請者）：												
留意事項	※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、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・薬局受付の顔認証付きカードリーダーから行うことができます。												
（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。					受付印								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				常務理事			事務長	担当	担当				
常務理事	事務長	担当	担当										