

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

三井住友海上健康保険組合
理事長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	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) 【必須】

※ 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。

----受付印----

(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）、
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。

常務理事	事 務 長	担 当