

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

※申請の際は、顔写真入りの本人確認書類のコピーを添えて、ご郵送ください。

鳥取県医師国民健康保険組合 御中

申請日 令和 年 月 日

解除を希望する被保険者	被保険者番号	鳥医国保 — (枝番)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	フリガナ氏名		電話番号	— —
	住所	〒		
	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	※ご一読いただき、以下へ☑を入れてください。 ☐ 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るオンライン資格確認を行うことができなくなります。 ※ 利用登録の解除を申請した方には、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。 注)ただし、現行の保険証(有効期限:令和7年7月31日まで)が使用可能な方には、その間は、資格確認書の交付は行いません。 ※ 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ヶ月程度時間がかかる場合があります。 解除を希望する被保険者 署名(自署): _____ ※未成年者等の場合、保護者が署名を行い、本人との続柄を記入してください。		
	解除希望理由			

※ 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。

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。

委任欄	私は、この届出を代理人へ委任します。	〒
		住所 _____
		電話番号 _____
	令和 年 月 日	代理人氏名 _____

※事務局記入欄

組合S入力	中間S連携	資格確認書交付
連携日 年 月 日	連携日 年 月 日	連携日 年 月 日
担当・備考欄	担当・備考欄	担当・備考欄

