

常務理事	事務長		

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

テルモ健康保険組合 殿

(申請者) 被保険者 氏名	●●●●●	記 号	×	番 号	××××	記 入 日	令和6年12月2日
---------------------	-------	--------	---	--------	------	-------------	-----------

解 除 対 象 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	●● ×-×-×	
	電話番号	××-××××-××××					
	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。	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	<input checked="" 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。(左□欄に☑して下さい) ※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。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。 (解除対象者による)自筆署名: ●●● ▲▲						
解除を希望 する理由	●●であるため。 ※ 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。						

(代理申請の場合)

代 理 者 の	氏名 ●●●●●	続柄 夫	連絡先（電話番号） ××-××××-××××	
------------------	-----------------	-------------	-------------------------------	--

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。

【本申請のながれ】被保険者本人→健康保険組合

※本紙をメールで「KENPO」アドレスへ送信する場合は、パスワードを設定してください。