

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 (兼 資格確認書交付申請書)

宮城県医師国民健康保険組合 御中

令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名		第 種組合員	
解除対象者	フリガナ 氏名		届出者との続柄	生年 昭・平・令 月日 年 月 日
	住所	〒		
	連絡先	Tel	Email	
	被保険者等記号番号		官医	枝番
代理人がいる場合 (委任状も必要です)	代理人氏名		連絡先	
	解除対象者との関係			
確 認 事 項	<p>マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除 作業を行うため、社会保険診療報酬 支払基金及び公益法人国民健康保険中央会が保有する利用証明用電子証明書の シリアル番号をデジタル庁へ提供する ことに同意します。</p> <p>※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出来なくなります。</p> <p>※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。</p> <p>※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、時間がかかる場合 があります。</p> <p style="text-align: right;">(解除対象者) 署名 _____</p>			
備 考	<p>◎解除を希望する理由</p> <p>※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。</p> <p>(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。</p>			

受付印

組 合 処 理 欄	組合S入力	MNS連携	中間S連携	確認書交付
	連携日 月 日	連携日 月 日	連携日 月 日	交付日 月 日
	担当・備考	担当・備考	担当・備考	国保・医師会・郵送
				担当者