

年 月 日

U-NEXT HOLDINGS 健康保険組合 理事長 殿

## 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

※記号・番号・枝番はカード保険証又は資格確認書をご確認ください。	記号		登録を解除する 人の氏名			
	番号					
	枝番					
性別	男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日
登録を解除する人の 現住所 (資格確認書の送付先)	〒 ー		TEL			
代理人氏名 申請が代理人の場合				連絡先		
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 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。 ※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。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の画面に反映されるまで、数週間かかる場合があります。					
本人署名						

※ 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。

※ 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。

(備考) 代理人(被保険者)が申請する場合は、代理人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(数週間程度)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。