

常務理事	事務長	課長	係

オリンパス健康保険組合 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

令和 年 月 日 提出

被保険者	フリガナ	記号	番号
	被保険者氏名	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>

解除対象者	フリガナ	記号	番号
	解除対象者氏名	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>

続柄	生年月日	資格取得日
	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 令和6年11月30日以前 <input type="checkbox"/> 令和6年12月1日以降

郵便番号	—	電話番号
------	---	------

住所	都 道 府 県
----	------------

解除対象者	解除を希望する理由
	<p><解除申請にあたる説明></p> <p>※ 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。</p> <p>※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の利用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。</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>

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。 ※ 解除申請後、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か月程度の時間がかかる場合があります。解除申請後から解除がなされるまでの間に、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、資格確認書の申請が必要です。 解除対象者による 自筆署名 _____ ※代理人による申請の場合は、代理人氏名を自筆署名。
----------------------------	---

※代理人による申請の場合は以下をご記入ください。

申請代行者	フリガナ	続柄	電話番号
	氏名		
代行申請しなければならない理由			

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印
