

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

佐賀県建設国民健康保険組合 理事長 殿

被保険者記号	303	番号		記入日	令和	年	月	日
組合員名				連絡先				
住所	〒							

下記の者について、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社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者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。

解除を希望する方の氏名		生年月日	
1		昭和・平成・令和	年 月 日
2		昭和・平成・令和	年 月 日
3		昭和・平成・令和	年 月 日
4		昭和・平成・令和	年 月 日
5		昭和・平成・令和	年 月 日

(申請者が組合員以外の場合)			
申請者名			申請者の連絡先
世帯主との続柄	住所		
<input type="checkbox"/> 組合員と同じ住所			

《備考》

- ・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、2ヶ月程お時間がかかります。
- ・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。

今回の申請で届け出頂いた個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険事業以外には使用しません。

◎支部証明欄	
組 合 名	
組 合 長 名	(印)
	令和 年 月 日

身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 年金手帳
	<input type="checkbox"/> 他()	

確認者	発行者

処理日 年 月 日