

常務理事	事務長	担当者

## 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

解 除 申 請 書	健康保険の 記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒 電話 ( )		
	解除対象者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	解除を希望 する理由			
	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利用登録の解除を求めます。 ( <input checked="" type="checkbox"/> チェックをつけてください) ※ 利用登録の解除をすると、マイナンバーカードによる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、資格確認書を交付します。 利用登録の解除後、病院や薬局等を受診される際には資格確認書の持参が 必要です。 ※ 利用登録の解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」 の画面に反映されるまで、時間がかかる場合があります。 ※ 健康保険の利用登録が解除された後でも、マイナポータル等から再度利用 登録の手続きを行うことは可能です。  解除対象者の署名 _____		

事業所番号		
事業所所在地		担当者 受付印
事業所名		
事業主氏名		
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カ月程度)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。