

マイナンバーカード/健康保険証利用登録解除申請書

資格情報		フリガナ	申請日	年 月 日
記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	
			生年月日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。				
住所 (住民票)	〒			
被 保 険 者 情 報 欄	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	<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案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できなくなります。</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、1～2か月程度時間がかかる場合があります。</p>		
		署名： 		

※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。

解除する対象者を下記にご記載ください。

被 保 険 者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被 扶 養 者 ①	フリガナ		※続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
被 扶 養 者 ②	フリガナ		※続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
被 扶 養 者 ③	フリガナ		※続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
被 扶 養 者 ④	フリガナ		※続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日

事 業 主 証 明	上記について相違ないことを証明します。		年 月 日
	事業所住所		
	事業主氏名		

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

※任意継続被保険者の方は事業主証明欄の記入は不要です。申請者→健保組合へ直接ご提出ください。