

記入例

資格情報に記載されている  
番号をご記入ください

保険証利用登録解除申請書

|  |   |                  |                   |  |                 |
|--|---|------------------|-------------------|--|-----------------|
| 資格情報   |   | フリガナ             | ケンボ タロウ           | 申請日  | 2024 年 12 月 2 日 |
| 記号   | 番号  | 被保険者氏名           | 健保 太郎             | 電話番号   | 〇〇〇-△△△-××××    |
| 1234   | 5678  |                  |                   | 生年月日   |                 |
|  |   |                  |                   | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 1 年 6 月 1 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<br>(住民票)  | 〒 〇〇〇-△△△△<br>愛知県名古屋市中区〇〇〇〇△△△△   |                  | 住所は必ず住民票住所を記載ください |  |                 |
| 被保険者情報欄  | 解除を希望する理由   | マイナ保険証を使うのが不安なため |                   | 空欄不可、必ずご記入ください   |                 |
| 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解除」画面から「マイナ保険証利用登録解除」の申請が可能です。マイナポータル上の「健康保険証利用登録解除」画面から「マイナ保険証利用登録解除」の申請が可能です。マイナポータル上の「健康保険証利用登録解除」の申請が可能です。</p> |                  |                   |  |                 |
|  |   | 署名：              |                   | 健保 太郎  |                 |

※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   |          |     |   |   |              |
| 被扶養者① | フリガナ | ケンボ イチロウ | ※続柄 |   | 性別  | 生年月日         |
|       | 氏名   | 健保 一郎    | 長男  | <input checked="" type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 30 年 8 月 5 日 |
| 被扶養者② | フリガナ |          | ※続柄 |   | 性別  | 生年月日         |
|       | 氏名   |          |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br><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<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br><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<br><input type="checkbox"/> 女            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和            | 年 月 日        |

※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。

|       |                     |  |       |
|-------|---------------------|--|-------|
| 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。