

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

日清紡健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	昭和	年	月	日	
	氏名			平成				
	住所	(郵便番号 -)						
		都道			市区			
		府県			町村			
	連絡先	電話番号						
		Email						
被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号		番号		枝番			
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。 ※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。							
署名（解除者）： _____								

代理人による申請							
フリガナ		代理人 生年月日	昭和	年	月	日	
代理人氏名			平成				
代理人住所	(郵便番号 -)						
	都道			市区			
	府県			町村			
代理人連絡先	電話番号						
	Email						

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2か月程度）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。