

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

きんでん健康保険組合理事長 殿

|                  |                |                |             |       |
|------------------|----------------|----------------|-------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者等<br>記号・番号 | (記号) (番号)<br>— | 所属<br>(事業所) |       |
|                  | フリガナ           |                | 生年<br>月日    | 年 月 日 |
|                  | 氏 名            |                |             |       |

|   |  |                          |                 |          |              |
|---|--|--------------------------|-----------------|----------|--------------|
| 申<br>請<br>者<br>(<br>解<br>除<br>対<br>象<br>者)  | フリガナ   |                          | 被保険者<br>との続柄    | 生年<br>月日 | 年 月 日        |
|   | 氏 名  |                          |                 |          |              |
|   | 住 所  | (〒 — )<br>都道 市区<br>府県 町村 |                 |          | (Tel : — — ) |
|   | <p>※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除にあたり、以下の注意事項を確認していただき、解除を希望される場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れていただくとともに、解除を希望する理由の記載と署名(自署)をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>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。</b></p> <p>チェック欄</p> <p>①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。<br/>                 ②利用登録の解除を申請した方で、有効な健康保険証をお持ちでない方には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、有効な健康保険証又は資格確認書の持参が必要です。<br/>                 ③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。なお、利用登録の解除が完了した旨の通知は行いませんので、各自マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」にてご確認ください。</p> |                          |                 |          |              |
| (解除を希望する理由)                                 |  |                          | 申請日             | 年 月 日    |              |
|   |  |                          | 申請者署名<br>(自署) : | _____    |              |
| ※申請者が未成年(18歳未満)あるいは自署出来ない方の場合、代理申請者が署名願います。 |  |                          |                 |          |              |

代理申請者が申請を行う場合(上の署名者が申請者と異なる場合)、ご記入ください。

|                       |        |                          |                        |  |              |
|-----------------------|--------|--------------------------|------------------------|--|--------------|
| 代<br>理<br>申<br>請<br>者 | フリガナ   |                          | 申請者<br>(解除対象者)<br>との続柄 |  |              |
|                       | 氏 名    |                          |                        |  |              |
|                       | 住 所    | (〒 — )<br>都道 市区<br>府県 町村 |                        |  | (Tel : — — ) |
|                       | 申請代行理由 |                          |                        |  |              |

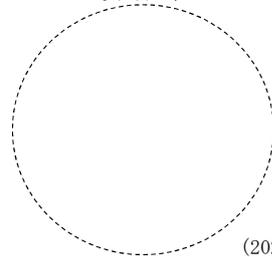
※代理申請者が被保険者あるいは被保険者の扶養者以外の場合は、顔写真付き身分証明書のコピーを添付願います。(運転免許証、パスポートなど)

(注意事項)

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。

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き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。

受付印



(組合処理欄)

|      |     |  |  |  |      |     |
|------|-----|--|--|--|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  |  |  | 資格照合 | 入力日 |
|      |     |  |  |  |      |     |

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

**記入例**

きんでん健康保険組合理事長 殿

|                  |                |                      |             |   |
|------------------|----------------|----------------------|-------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者等<br>記号・番号 | (記号) ○ — (番号) ○○○○○○ | 所属<br>(事業所) | 会社名及び部署名<br>(任意継続被保険者、特例退職被保険者<br>はその旨記入) |
|                  | フリガナ           | ○○ ○○                | 生年<br>月日    | ○○年 ○○月 ○○日                               |
|                  | 氏名             | ○○ ○○                |             |   |

|      |  |              |    |          |             |
|------|--|--------------|----|----------|-------------|
| フリガナ | ○○ ○○  | 被保険者<br>との続柄 | ○○ | 生年<br>月日 | ○○年 ○○月 ○○日 |
| 氏名   | ○○ ○○  |              |    |          |             |
| 住所   | (〒 ○○○ - ○○○○ )<br>○○ 都道府県 ○○ 市区町村 ○○○○○○<br>(Tel : ○○○ - ○○○ - ○○○○ ) |              |    |          |             |

申請者 (解除対象者)

※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除にあたり、以下の注意事項を確認していただき、解除を希望される場合は  を入れていただくとともに、解除を希望する理由の記載と署名(自署)をお願いします。

**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。**

チェック欄

①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。  
 ②利用登録の解除を申請した方で、有効な健康保険証をお持ちでない方には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、有効な健康保険証又は資格確認書の持参が必要です。  
 ③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。なお、利用登録の解除が完了した旨の通知は行いませんので、各自マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」にてご確認ください。

(解除を希望する理由)  
  
 ○○○○○○○○○○○○のため

申請日 **20XX** 年 ○○月 ○○日

申請者署名 (自署) : ○○ ○○

※申請者が未成年(18歳未満)あるいは自署出来ない方の場合、代理申請者が署名願います。

代理申請者が申請を行う場合 (上の署名者が申請者と異なる場合)、ご記入ください。

|                       |        |   |                        |  |  |
|-----------------------|--------|---|------------------------|--|--|
| 代<br>理<br>申<br>請<br>者 | フリガナ   |   | 申請者<br>(解除対象者)<br>との続柄 |  |  |
|                       | 氏名     |   |                        |  |  |
|                       | 住所     | (〒 _____ )<br>_____ 都道府県 _____ 市区町村 _____<br>(Tel : _____ - _____ - _____ ) |                        |  |  |
|                       | 申請代行理由 |   |                        |  |  |

署名者が申請者 (解除対象者) と異なる場合は、代理申請者欄を記入して下さい。

※代理申請者が被保険者あるいは被保険者の扶養者以外の場合は、顔写真付き身分証明書のコピーを添付願います。(運転免許証、パスポートなど)

(注意事項)

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。

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き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。

(組合処理欄)

|      |     |  |  |  |      |     |
|------|-----|--|--|--|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  |  |  | 資格照合 | 入力日 |
|      |     |  |  |  |      |     |

