

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

キオクシア健康保険組合 理事長 殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

| | | | | | |
|------|---------------|----------------------------|---------------|------|------------------------------|
| 被保険者 | 被保険者 記号・番号 | 記号 100 | 番号 〇〇〇〇〇〇〇 | 社員番号 | 〇〇〇〇〇 |
| | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | 連絡先 | 電話番号：〇〇-△△-×× Email：〇〇@〇〇 |
| | 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 | | | |

| | | | | |
|-------|---|----------|----|---|
| 解除申請者 | ふりがな | けんぼ いちろう | 続柄 | 生年月日 |
| | 対象者氏名 | 健保 一郎 | 長男 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 |
| | 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 checked="" 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。 解除を希望する理由 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇) ※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： 健保 一郎 | | | |

※代理人により申請する場合は、以下をご記入ください。

| | | | | |
|-------|-----|----------|---------|-------|
| 申請代行者 | 氏名 | 健保 太郎 | 続柄 | 父 |
| | 連絡先 | 〇〇-△△-×× | 申請代行の理由 | 〇〇〇〇〇 |

代理人による申請の場合は
申請代行者欄もご記入ください

(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。