常務理事	担当

健康保険利用登録の解除申請書

□ 被保険者　□ 被扶養者

・この申請書は一人につき1枚必要です
・事業所を経由して申請をしてください

提出日	年　月　日

被保険者	記号	番号	会社名	日中の連絡先　所属
	個人番号			
	氏名	フリガナ	課税地住所	(〒　) 住民票と同一 □
居所住所	(〒　)			
被扶養者	フリガナ		課税地住所	(〒　)
個人番号				
居所住所	(〒　)			

健康保険証利用登録の解除について	□ 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ません。 ※ 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。 ※ 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2か月程度かかります。
	被保険者署名（自署）

解除を希望する理由

※ マイナンバーカードにより医療機関を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたより良い医療を受けることができます。
※ 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。

事業所所在地	〒	
事業所名称		担当者
事業主の氏名		
電話番号		

受付印