

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当

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

玩具人形健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 対 象 者	フリガナ			生年月日	☐ 昭 和	年	月	日
	氏 名				☐ 平 成			
			☐ 令 和					
	住 所	〒 ー 都 道 市 区 府 県 町 村						
	電話番号							
	被保険者等記号・番号 ※枝番号を含めて、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	☐ 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ができなくなります。 ※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ができ、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 基づいたよりよ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。	
※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手段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。	

～ 解除対象者と異なる方が申請される場合 ～

代 理 人	私は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除に伴う申請について次の者に委任します。	
	氏名	続柄 () 連絡先
	住所	

事 業 主 欄	上記のとおり解除申請がありましたので届出します。	受付日印
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

玩具人形健康保険組合 (R6.10)

(備考) 代理人により申請する場合は、代理人欄に記入して下さい。

(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。