

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

明治グループ健康保険組合 殿

※この申請書は、被保険者欄は被保険者が記入し、捺印してください。解除申請者欄は解除申請者本人が記入をしてください。
※被保険者が事業所の健保事務担当者へ提出をしてください。
※解除申請者が被扶養者の場合、被保険者による代理申請も可能です。解除申請者欄の署名(解除申請者名)も含め、被保険者が記入をしてください。被保険者の代理申請者の場合欄に☑してください。

被 保 険 者	記入日	○年 ○月 ○日	事業所名	(株)○○
	記号・番号	123 — 456789		
	被保険者氏名	明治 太郎 		
	代理申請の場合	☑ 代理申請を行います。		

解 除 申 請 者	フリガナ	メイジ ハナコ		生年月日	昭和・平成・令和
	氏名	明治 花子			○年 ○月 ○日
	記号・番号	記号	番号	枝番	
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。	123	456789	02	
	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	解除の理由 [○○○○のため、解除を希望します。] ※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。 上記すべてに同意し、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。 署名： 明治 花子			

※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イレブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設定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。

上記の通り被保険者から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の届出がありましたので提出いたします。

事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都○○区○○1-2-1
事業所名称	株式会社 ○○○○○
事業主名	代表取締役社長 ○○○ ○○○
電話	()



受付日付印

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者
	