

令和 6 年 10 月 28 日から解除可能
 青字は事業主、赤字は本人が記入してください。

常務理事	事務長	担当者

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

令和 6 年 11 月 1 日提出

解 除 申 請 書	健康保険の 記号・番号	記号	111	番号	123321		
	被保険者氏名	(フリガナ) タイヘイ カイジロウ 太平 海次郎			生年月日	昭和 平成 9 年 9 月 9 日	
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都荒川区南千住〇〇〇-〇〇				電話	03 (××××) 〇〇〇〇
	解除対象者氏名	(フリガナ) タイヘイ カイジロウ 太平 海次郎			生年月日	昭和 平成 9 年 9 月 9 日 令和	
	解除を希望する理由	② マイナンバーカードの保険証利用を希望しないため					
	マイナンバーカードの健康保険証の解除について	③ <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険利用登録の解除を求めます。 (☑チェックをつけてください) ※ 利用登録の解除をすると、マイナンバーカードによる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、資格確認書を交付します。利用登録の解除後、病院や薬局等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。 ※ 利用登録の解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」の画面に反映されるまで、時間がかかる場合があります。 ※ 健康保険の利用登録が解除された後でも、マイナポータル等から再度利用登録の手続きを行うことは可能です。					
				④ 解除対象者の署名	太平 海次郎		

事業所番号	123			受付印
事業所所在地	東京都文京区小石川〇〇-〇〇-〇〇			
事業所名	大洋海上株式会社			
事業主氏名	大平 洋二郎			
電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△			
			担当者 波野	

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間 (1~2カ月程度) 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。

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 解除する対象者の氏名を記入してください。
複数いる場合は、それぞれに解除申請書の提出が必要です。
- 解除を希望する理由を記入してください。
- に解除対象者がと署名をしてください。
③のチェックと④の解除対象者の署名が無い場合は、解除手続きは行えません。なお、解除対象者が 18 歳未満の場合は、被保険者が署名してください。