

この申請書を提出するときは、『資格確認書(再)交付申請書』を添付し、資格確認書の交付申請を同時に行ってください。

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 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

日本ペイント健康保険組合 御中

令和 年 月 日

| 被保険者情報 | 記号番号     | 氏名 | フリガナ     | 解除希望者 ※解除を希望する全員(被保険者を含む)を記入してください。 |      |                      |       |
|--------|----------|----|----------|-------------------------------------|------|----------------------|-------|
|        |          |    |          | フリガナ<br>氏名                          | 生年月日 |                      |       |
| 住所     | 〒 - 都道府県 |    | 電話番号 ( ) | 1                                   |      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日 |
|        |          |    |          | 2                                   |      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日 |
|        |          |    |          | 3                                   |      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日 |
|        |          |    |          | 4                                   |      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日 |
|        |          |    |          | 5                                   |      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 月 日 |

右記の者について、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。  
(解除を希望する理由)

※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。

(R6.12.02)

<確認事項> ご確認の上、□にチェックをいれてください。

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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。解除したことがマイナポータルに反映されるまでおよそ2ヵ月かかります。利用登録の解除反映後に、マイナポータル等で再度マイナ保険証の利用登録をすることは可能です。 |
| <input type="checkbox"/> | 利用登録の解除を申請した方には、別途ご提出いただく申請書に基づき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。  |
| <input type="checkbox"/> | 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2ヵ月程度)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。     |

|      |   |
|------|---|
| 事業主欄 | <small>上記の通り被保険者から申請がありましたので、提出します。<br/>なおこの届出については、以下の①または②の要件を満たしたものであることを申し添えます。<br/>①申請者本人(被保険者)が作成したものである / ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している</small> |
|      | 事業所所在地  |
|      | 事業所名称   |
|      | 事業主名<br>電話番号  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 |  |
|-----------------------|--|

|         |
|---------|
| 健保受付日付印 |
|---------|