

# 記入例

常務理事	事務長	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

ヨドバシカメラ健康保険組合 殿

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なくなります。

※利用登録解除には、1～3 か月程度時間がかかる場合があります。マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面で、利用登録解除の状況を確認できます。

※解除申請後から解除がなされるまでの間（1～3 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。

※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。

※利用登録の解除を申請した方には、当組合より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。

### 被保険者署名

被保険者等 記号番号	記号 ○	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ 太郎				被保険者 生年月日	昭	年	月	日
	番号 ○○○		健保 太郎					・	○	○	○
被保険者 住所	〒 ○○○-○○○○					電話番号	○○○-○○○-○○○				
	東京都 ○○市○○町 ○-○-○○										
該当者	1. 被保険者 2. 被扶養者										
該当者が被扶養者の 場合に記入	被扶養者氏名	フリガナ	被扶養者が該当する場合は、氏名、続き柄等記入してください。							日	
	被扶養者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭	年	月	日	平		
	被扶養者氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭	年	月	日	平		

解除を希望する理由	
-----------	--

解除を希望する理由は必ず記入してください。

受付日印