

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

マイナ保険証の利用登録解除を希望する場合にご使用ください。登録解除対象者欄の氏名は自署で記入してください。

記号・番号	—	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。
個人番号 (マイナンバー)		生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日
氏名	フリガナ	
電話番号		
Email		
住所	〒 -	

利用登録解除対象者欄	※利用登録解除対象者のみ記載してください。 ※以下の氏名欄は必ず自署(手書き)で記入してください。		利用登録 解除対象者	☐ 1 被保険者(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	解除申請チェック欄
	同上		☐ 下記、利用登録解除について、をご確認のうえ チェックをお願いします	
	被扶養者①	フリガナ 氏名	続柄	解除申請チェック欄
	1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 下記、利用登録解除について、をご確認のうえ チェックをお願いします	
被扶養者②	フリガナ 氏名	続柄	解除申請チェック欄	
1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 下記、利用登録解除について、をご確認のうえ チェックをお願いします		
被扶養者③	フリガナ 氏名	続柄	解除申請チェック欄	
1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日		☐ 下記、利用登録解除について、をご確認のうえ チェックをお願いします		

利用登録解除について	※利用登録解除をすると、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。			
	(解除を希望する理由)		申請年月日 令和 年 月 日	
			※届出人氏名欄はこの申請書を提出される方のお名前を記入してください。 届出人 氏名 本人との 続柄	

(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。

受付日付印

【郵送先】 〒111-8530 東京都台東区雷門1丁目13番8号
東京電子機械工業健康保険組合 適用課 宛

東京電子機械工業健康保険組合

XLS24.12