

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

日本郵船健康保険組合 理事長 殿

記入日： 年 月 日

解除申請者	フリガナ			生年月日		
	氏名					
	住所	〒 —				
	連絡先	— —				
	被保険者の 記号・番号・枝番	記号	番号	枝番	被保険者との 続柄	
	被保険者氏名			勤務先事業所	日本郵船株式会社	
	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	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input checked="" type="checkbox"/> および署名を 記してください。	署名： _____				
解除を希望する 理由						

* 代理人により申請する場合は、以下を記入してください。

氏名		解除申請者との続柄	
日中連絡先	— —	※ 資格確認書は、被保険者へ送付します。	

【注意】 ・ 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

事業主欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	