

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

被保険者欄	被保険者の 記号・番号・枝番	記号	番号	枝番	記号・番号・枝番は、資格情報のお知らせ (紙)またはマイナポータル(スマートフォン) をご確認ください。
	被保険者の 氏名	(フリガナ)		被保険者の 生年月日	

解除対象者欄	解除対象者の 記号・番号・枝番	記号	番号	枝番	被保険者との 続柄	
	解除対象者の 氏名	(フリガナ)		解除対象者の 生年月日		
	解除対象者の 住所	〒 _____				
	解除対象者の 電話番号					
	代理人が申請 する場合	代理人の 氏名				解除対象者との 続柄
		代理人の 電話番号				※資格確認書は被保険者へ送付します。
	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"/> おおよび署名を 記してください。	解除対象者の署名： _____ (代理人が申請する場合) 代理人の署名： _____				←解除対象者が自ら 署名してください	
解除を希望する 理由						

【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。

事業主欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付日印