

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

東京都電機健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
	氏名					
	住所	(郵便番号 - )				
		都道 府県	市区 町村			
	連絡先	電話番号				
		Email				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号		枝番	
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 checked="" 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。 (上部に✓チェックをお願いします) ※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する方は、併せて「資格確認書(再)交付申請書」を提出し「資格確認 書」の交付を受けてください。(医療機関を受診する際等で必要となります。) ※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。					
(右記に署名してください) ➔ 署名 : _____						

(解除を希望する理由) ※必ずご記入ください

---



---



---

- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ なお、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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を  
記載してください。

(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、自分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 資格確認書（再）交付申請書

課長	係長	係

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 險 者 情 報	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	記号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> 番号(左づめ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。	
	記号・番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	氏名	フリガナ			
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	
	住所	都道府県			

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	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 險 者	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 3 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 3 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 3 下記、理由欄より必ず選択ください
被 扶 養 者 ③	フリガナ 氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 3 下記、理由欄より必ず選択ください	

理由欄	1 : マイナンバーカードを作っていないため 2 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 3 : マイナ保険証の利用登録解除の申請をしたため 4 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 5 : マイナンバーカードを返納したため 6 : マイナンバーカードを紛失したため 7 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 8 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 9 : 資格確認書を滅失・き損したため
-----	--

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	受付日付印
------	---	-------

※ 資格確認書は事業所へ送付いたします。(任意継続被保険者の方はご自宅宛)

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