

# 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

神奈川県石油業健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ				生 年 月 日	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							
		E-mail							
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 (・□にレを 付してくだ さい。)	<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、保険医療機関・保険薬局に受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除申請後、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ります。								
署名： _____ (印)									
※ご署名の場合は捺印不要ですが、記名(自署以外による記入)の場合は押印してください。									

解 除 を 希 望 す る 理 由	
---	--

(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。申請者をご署名の場合は捺印不要ですが、記名の場合は押印をお願いします。

(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、資格確認書の交付申請手続きをしてください。