

決 裁	事務局長	課長	係長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	入力	照合	交付

## 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

被保険者	記号	86-	番号	
フリガナ		性別	生年 月日	昭和 平成 令和
氏名		男・女	個人番号	年 月 日
住所	〒 都 市 区 町 村 電話番号 ( )			
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求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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、時間がかかる場合があります。 署 名 _____			
(解除を希望する理由)				
上記のとおり申請いたします。				
令和 年 月 日				
組 合 員				
〒 -				
住 所 電話番号 - -				
氏 名 個人番号				
東京都医師国民健康保険組合理事長 殿				

処理印

受付印