

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 兼 資格確認書交付申請

キクチ健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ		生年 月日	昭和	年 月 日	
	氏名			平成		
				令和		
	住所	(郵便番号 -)				
			都道 府県		市区 町村	
	電話番号					
	被保険者 記号番号	被保険者等記号	番号			
<p>マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除及び資格確認書の交付を申請します。</p> <p>① 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。</p> <p>② 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。</p> <p>③ 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。</p>						
署名: _____						

(解除を希望する理由)

注意事項

※ 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。