

	常務理事	事務長	主任	担当
健保組合 使用欄				

記入見本
(被保険者版)

鉄道弘済会健康保険組合理事長 殿

マイナンバーカード健康保険証利用登録解除申請書

■記入日		令和 ●年 ●月 ●日		
■被 保 険 者	被保険者証等 記号・番号	●●●● - ●●●●	個人番号 (マイナンバー)	記号番号がわからない場合はマイナンバー記入してください
	フリガナ	ケン コウ カズ ヤ		
	被保険者氏名	健康 一哉	事業所名	(株) ●●●●
	現住所	〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号		
<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を申請します。(ご自身で <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください)				
署名 <u>健康 一哉</u>				
【解除を希望する理由】				
誤って利用登録したため				
【申請前にもう一度ご確認ください】 ◆利用登録を解除するとマイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。 ◆利用登録の解除を申請した方には、当組合から事業主経由で(任意継続被保険者除く)資格確認書を交付します。解除後に医療機関・薬局等を受診される際には、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「健康保険利用等登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2ヶ月程度時間がかかる場合があります。 ◆解除申請後から解除がなされるまでの間(1～2ヶ月程度)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、自身が当組合に対して解除申請を行った旨を申出るとともに、資格確認書の申請をおこなうようにしてください。 ◆健康保険証利用登録解除後、再度利用登録する場合は、マイナポータルやセブン銀行ATM、医療機関等に設置されている顔認証付きカードリーダーからご自身で行うことができます。				

解除申請者		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者(下欄に記載してください)				
■被 扶 養 者	フリガナ		続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	被扶養者氏名				<input type="checkbox"/> 平成	
	フリガナ		続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	被扶養者氏名				<input type="checkbox"/> 平成	
	フリガナ		続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
被扶養者氏名		<input type="checkbox"/> 平成				
フリガナ		続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
被扶養者氏名				<input type="checkbox"/> 平成		

事業主証明欄	上記に記載したとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。 事業所名称 事業所所在地 〒 事業主名
--------	--

受付日付印

	常務理事	事務長	主任	担当
健保組合 使用欄				

記入見本
(被扶養者版)

鉄道弘済会健康保険組合理事長 殿

マイナンバーカード健康保険証利用登録解除申請書

■記入日		令和 ●年 ●月 ●日		
■被保険者	被保険者証等 記号・番号	●●●● - ●●●●	個人番号 (マイナンバー)	記号番号がわからない場合はマイナンバー記入してください □□□□ □□□□ □□□□
	フリガナ	ケンコウ カズヤ	事業所名	(株) ●●●●
	被保険者氏名	健康 一哉	〒	123 - 4567
	現住所	○○県○○市○○町 ○丁目○○番○○号		
<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を申請します。(ご自身で <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください)				
署名 <u>健康 一哉</u>				
【解除を希望する理由】				
誤って利用登録したため				
【申請前にもう一度ご確認ください】				
<p>◆利用登録を解除するとマイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。 ◆利用登録の解除を申請した方には、当組合から事業主経由で(任意継続被保険者除く) 資格確認書を交付します。解除後に医療機関・薬局等を受診される際には、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「健康保険利用等登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2ヶ月程度時間がかかる場合があります。 ◆解除申請後から解除がなされるまでの間(1～2ヶ月程度)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、自身が当組合に対して解除申請を行った旨を申出るとともに、資格確認書の申請をおこなうようにしてください。 ◆健康保険証利用登録解除後、再度利用登録する場合は、マイナポータルやセブン銀行ATM、医療機関等に設置されている顔認証付きカードリーダーからご自身で行うことができます。</p>				

■被扶養者	解除申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(下欄に記載してください)					
	フリガナ	ケンコウ ホタル	続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	49年 3月 5日
フリガナ		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
フリガナ		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
フリガナ		続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	

事業主 証明 欄	上記に記載したとおり、被保険者から申請がありましたので届出します。	
	事業所名称	
	事業所所在地	〒
	事業主名	

受付日付印
