

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

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号・番号・枝番	記号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 枝番 <input type="text"/> <input type="text"/>	「記号・番号・枝番」または「個人番号」のいずれかを記載ください
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	生年月日 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ _____ (自署または記名・印)	
	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県	
	電話番号	<input type="text"/>	E-mail <input type="text"/> @ <input type="text"/>

解除対象者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者(本人)のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)のみ <input type="checkbox"/> 3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分			
解除対象者欄	被保険者	フリガナ氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="text"/> 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 _____ 枝番 <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 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 _____ 枝番 <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 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 _____ 枝番 <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="text"/> 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の更新をしないため 2 : マイナンバーカードの電子証明書の更新をしないため 3 : マイナンバーカードを返納した(する)ため 4 : 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 5 : マイナ保険証を使用しないため 6 : その他(<input type="text"/>)
-----	---

注意事項	・解除申請受付後から解除登録が完了するまでに、1~2ヶ月程度を要します。 ・その間に、別の医療保険者等(健康保険組合等)に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、解除申請を行った旨を申し出、資格確認書の申請を行ってください。 ・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きを行うことは可能です。 利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関等に設置されているカードリーダーから行えます。
------	--

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------

オークマ健康保険組合