

# 記入例

## 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

シーイーシー健康保険組合 殿

記入日：令和 7年 1月 15日

|   |  |                                    |     |                        |                               |
|---|--|------------------------------------|-----|------------------------|-------------------------------|
| 被保険者  | 被保険者の<br>記号・番号   | 記号                                 | 15  | 氏名<br>(自署)             | 健保 太郎                         |
|   |  | 番号                                 | 123 |                        |                               |
|   | 事業所の名称   | (株) ケーピーエム                         |     |                        |                               |
| 解除対象者   | 解除対象者の<br>記号・番号  | 記号                                 | 15  | フリガナ                   | ケンボ ハナコ                       |
|   |  | 番号                                 | 123 | 氏名                     | 健保 花子<br>昭和・平成・令和 31年 5月 10日生 |
|   | 住所・電話番号・メールアドレス  | 〒 123 - 4567<br>神奈川県横浜市青葉区草花1-2-34 |     |                        |                               |
|   |  | TEL: 080-1234-5678                 |     | E-mail: ●●●@g-mail.com |                               |
| マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除について   | <input checked="" 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。<br>※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。<br>※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。ただし、経過措置期間（令和7年12月1日）が到来するまでの間、有効な健康保険証を持っている場合は資格確認書は交付いたしません。<br>※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。なお解除完了についての当組合からの通知はございません。<br>署名（解除対象者の自署）： <u>健保 花子</u> |                                    |     |                        |                               |
| 解除を希望する理由<br>(記入必須)   | 介護施設に入所することになったが、施設にマイナ保険証を預けておくことに不安があるため。  |                                    |     |                        |                               |
| ※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基<br>※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・<br>※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・<br><b>理由は具体的にご記入ください。</b><br>※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・<br>※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・ |  |                                    |     |                        |                               |

(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、資格確認書の申請を行うようにしてください。

### 【健保使用欄】

|      |     |         |      |
|------|-----|---------|------|
| 常務理事 | 事務長 | 資格確認書発行 | 解除登録 |
|      |     | 係       | 係    |
|      |     |         |      |