

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

(解除を希望される本人が署名してください、但し 18 歳未満の方は組合員が署名してください。)

埼玉土建国民健康保険組合 様

申請日 _____年____月____日 所属支部_____支部

解除申請者	被保険者記号・番号	玉306 ()	組合員 ・ 家族
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日
	住所	郵便番号	-
	連絡先	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。 ※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・薬局を受診される際は資格確認書の持参が必要です。マイナンバーカードで受診はできません。 ※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。 署名: _____	

※ マイナ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・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。

(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。

支部受付	国保受付	点検1	点検2