

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書

リクルート健康保険組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
	氏名							
	住所	(〒 -)						
	日中連絡先	電話番号						
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号		番号		枝番		
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	<p>※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>※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> <p>※<u>マイナ保険証が利用できない方には、保険証を持っていない場合、資格確認書を交付しません。</u>解除反映後、医療機関等を受診される際は保険証又は資格確認書の持参が必要です。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。</p> <p><input type="checkbox"/>上記承知の上、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。</p> <p style="text-align: right;">署名：_____</p>							
(解除を希望する理由)								

(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。

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

受付日付

事業主	郵便番号		
	住所		
	名称		
	氏名		
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			