常務理事	事務長	担当者

XX年 XX月 XX日

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

ダイフク健康保険組合　理事長　殿

解除申請者	フリガナ	ケンポ タロウ		生年月日	XX 年 XX 月 XX日
	氏名	健 保 太 郎			
	住所	（郵便番号 111－1111 ）			
		○○ 都道府県 ○○○ 市区町村 △△町１－２－３			
	連絡先	電話番号	999-9999-9999		
		Email			
	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。	記号	番号	枝番	
		11	234567	00	
	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	☑ 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。 ※ 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。 ※ 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。 ※ 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： （自筆）健 保 太 郎			

（解除を希望する理由）

（○○○