

交付	入力

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

島根県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和 年 月 日

組合員	被保険者番号				
	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日
		電話番号	-	-	
住所	〒				
解除申請者	氏名	(枝番)		続柄	
	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><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申請します。</p> <p>※ 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。</p> <p>※ 利用登録の解除を申請した方には、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。</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ヶ月程度時間がかかる場合があります。</p> <p style="text-align: center;">署名： _____</p>			
	解除を希望する理由				

(注意事項)

- ※ 解除申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として医師である組合員あてに送付します。
- ※ 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2ヶ月程度）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。
- ※ 代理人より申請する場合は、組合員欄に代理人の氏名等を記載してください。