

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

ワールド健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担当	担当

記入日：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	(郵便番号 -) 【社員No. 】				
		都道 府県	市区 町村			
	※マンション等の場合、マンション名・部屋番号を記入ください					
	連 絡 先	電話番号	E-mail			
	被保険者等 記号・番号 <small>※枝番を含め、全て正確に 記載してください。</small>	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 ※☑を入れて下さい	◆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ヶ月程度時間がかかります。 <input type="checkbox"/> 上記を確認の上、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。 署名: _____					
解除の希望理由						

※代理人により申請する場合は、以下をご記入ください

申 請 代 行 者	氏 名		解除申請者との関係・続柄
	電話番号	※日中連絡の取れる電話番号を記入	
	申請代行の理由		

(注) 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。

資格確認書交付日：R 年 月 日

