

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(一般用)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

被保険者	記号	番号	〒000-0000
	住所	東京都○○区○○ ○○-○	
	フリガナ	ミズホ タロウ	
	氏名	みずほ 太郎	
昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	事業所名	(株)みずほ銀行	所属部室店名
	勤務先電話番号	○○-○○○○-○○○	○○部 (建屋名: 大手町本部ビル)

元号を○で囲んでください。

押印要

みずほ

元号を○で囲んでください。

フリガナ	ミズホ ハナコ	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄	妻
氏名	みずほ 花子				

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

チェックをしてください。

・利用後、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ります。

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。

押印要

みずほ

解除申請者署名・捺印 みずほ 花子

(備考) 代理人により申請する場合は署名・捺印欄に、解除申請者及び代理人の氏名及び電話番号を記載してください。

解除を希望する理由(下記にご記入ください。)

○○の為

代理人とは親族等の法定代理人のほか、介助者等です。

※未記入不可
具体的な解除理由をご記入ください。

※未記入不可
具体的な解除理由をご記入ください。

(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対して解除申請を行った旨

被保険者本人が記入する欄ではありません。

事業主の証明	事業所所在地	東京都○○○区○○○ ○-○-○	事業主印
	事業所名称	株式会社 ○ ○ ○ ○	
	事業主氏名	○ ○ ○ ○ ○	

事業主の証明 : FG、BK、TB...支店→支店長、本部→所属部長 SC、RT...人事部長 日付印
関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明

事業主印が無いものは受理できません。
ご注意ください。

処理日	常務理事	事務
令和 年 月 日		