

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

北海道歯科医師国民健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

解除申請者	被保険者 記号・番号	記号	道歯	番号	-	-	枝番
	組合員 氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	解除希望者 氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒 - TEL : ()					
	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	<input checked="" 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求めます。 また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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、時間がかかる場合があります。 組合員署名： _____					
	解除理由						

(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。

※代理人により申請される場合は以下をご記入ください。

申請 代 行者	住所	〒 - TEL : ()					
	氏名	フリガナ					
		氏名					

受付日付印

組合記入欄	
解除処理日	年 月 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

北海道歯科医師国民健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

解 除 申 請 者	被保険者 記号・番号	記号	道歯	番号	— —	枝番		
	組合員 氏名	フリガナ				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		氏名						
	解除希望者 氏名	フリガナ				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		氏名						
	住所	〒 — — TEL : ()						
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	<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求めます。 また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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、時間がかかる場合があります。 組合員署名： _____							
解除理由								

(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。

※代理人により申請される場合は以下をご記入ください。

申 請 代 行 者	住所	〒 — — TEL : ()					
	氏名	フリガナ					
氏名							

組合記入欄	
解除処理日	年 月 日

