

|      |     |      |      |      |     |
|------|-----|------|------|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 業務係長 | 担当者 |
|      |     |      |      |      |     |

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

関東百貨店健康保険組合 殿

私は、以下の対象者について、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。

|        |                |            |     |                                                                                  |   |   |   |
|--------|----------------|------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
|        |                |            | 申請日 | 令和                                                                               | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者情報 | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号         | 番号  | 生年月日<br><div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |   |   |   |
|        | 氏名             | フリガナ       |     |                                                                                  |   |   |   |
|        | 郵便番号           | —          |     | 電話番号                                                                             |   |   |   |
|        | 住所             | 都 道<br>府 県 |     |                                                                                  |   |   |   |

|      |       |                                                                       |                                                                                  |  |  |  |                                     |
|------|-------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| 対象者欄 | 対象者   | <div>1 被保険者(本人)分のみ<br/>2 被扶養者(家族)分のみ<br/>3 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分</div> |                                                                                  |  |  |  |                                     |
|      | 被保険者  | フリガナ<br>氏名                                                            | 生年月日<br><div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |  |  |  | 解除を申請する<br><input type="checkbox"/> |
|      | 被扶養者① | フリガナ<br>氏名                                                            | 生年月日<br><div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |  |  |  | 解除を申請する<br><input type="checkbox"/> |
|      | 被扶養者② | フリガナ<br>氏名                                                            | 生年月日<br><div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |  |  |  | 解除を申請する<br><input type="checkbox"/> |
|      | 被扶養者③ | フリガナ<br>氏名                                                            | 生年月日<br><div>1 昭和<br/>2 平成<br/>3 令和</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> |  |  |  | 解除を申請する<br><input type="checkbox"/> |

(必ずお読みください)

※ 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。

※ 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。資格確認書の交付を希望される方は、別途「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です。(令和7年12月1日まで有効な保険証をお持ちの場合を除く)

※ 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。なお、当組合から解除完了のご連絡はいたしません。

※ 解除申請後からの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。

※ 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続きを行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

|      |        |   |
|------|--------|---|
| 事業主欄 | 事業所所在地 |   |
|      | 事業所名称  |   |
|      | 事業主氏名  |   |
|      | 電話番号   | — |

受付日付印

関東百貨店健康保険組合

## ＜記入方法＞

- 被保険者情報欄      : 被保険者の情報を記入漏れがないようご記入ください。  
被保険者等記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」  
に記載されています。不明の場合は未記入でご提出ください。
- 対象者欄             : 解除対象者をご記入ください。  
「解除を申請する」に☑をしてください。

## ＜申請方法＞

- 事業所様へご提出ください。  
事業所様から当組合へのご提出となります。

## ＜注意事項＞

- この届出書は、マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除するための申請書となります。  
注意事項欄を必ず確認してください。
- 令和7年12月1日まで有効な保険証をお持ちでない方で、資格確認書の交付を希望される方は、  
「資格確認書(再)交付申請書」が必要となりますので、ご記入いただき添付のうえ事業所様へご提出ください。