

マイナンバーカード健康保険証利用登録解除申請書

常務理事	担当者	担当者

J-オイルミルズ健康保険組合 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。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

被 保 険 者	健康保険証等 記号・番号	記号 XXX	番号 XXXX	事業所名 〇〇株式会社 △△事業部	社員No. XXXX
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日 5.昭和 7.平成 XX 年 XX 月 XX 日 9.令和	

解 除 希 望 対 象 者	氏名	健保 太郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 XX 年 XX 月 XX 日	続柄	本人
	氏名	健保 次郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 XX 年 XX 月 XX 日	続柄	長男
	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	続柄	
	氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	続柄	

解除を希望する理由	〇〇の為
-----------	------

(備考及び注意事項)

- ※ 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はできなくなります。
- ※ 利用登録の解除を申請した方には、解除後、医療機関・薬局を受診等される際には保険証もしく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場合は、『資格確認書(再)交付申請書』の提出が必要です。
- ※ 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か月程度時間がかかる場合があります。
- ※ 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2か月程度)に別の健康保険組合等に異動した場合は、異動後の健康保険組合等に対し、自身がJ-オイルミルズ健康保険組合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。

(事業主)・・・以下の記載・捺印は事業主(所属部署の事ではない)が行います。任意継続は空欄です。

事業所所在地	〒
事業所名称	事業主が記入
事業主氏名	
電話	() -

* 被保険者 → 事業主 → J-オイルミルズ健康保険組合(任意継続者は直接健康保険組合へ提出)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行印
