

《返送先》

〒101-0048

東京都千代田区神田司町 2-7-2

ミレーネ神田 PREX 4F

文芸美術国民健康保険組合

《問合せ先》

TEL 03-6811-7293

HP <https://bunbi.com/>

(枠内の必要事項ご記入ください。切り取らないでください。)

## マイナンバーカード健康保険利用登録解除届出書

次のことを承諾の上、届出ます。

(承諾事項)

<届出に関する事>1. 組合に提出した一切のものについて返却を求めないこと。2. 職員からの求めがあった場合は速やかに応じること。3. 組合に損害を与える場合は、弁済すること。

<マイナンバーカードの健康保険証登録解除に関する事>(1)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る。 (2)利用登録の解除を届出した方には、保険者から資格確認書を交付しますが、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となる。 (3)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ること。 (4)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こと。

1	解除希望者氏名・署名欄 (フリガナ_手書き)	生年月日	住 所
	※上記の承諾事項に承諾し、私の利用登録解除届出にあたり、署名します。 署名日： 年 月 日 フリガナ _____	昭・平・令 . .	〒 -
	解除を希望する理由	被保険者等記号	番 号 枝 番
		(75-)	
2	解除希望者氏名・署名欄 (フリガナ_手書き)	生年月日	住 所
	※上記の承諾事項に承諾し、私の利用登録解除届出にあたり、署名します。 署名日： 年 月 日 フリガナ _____	昭・平・令 . .	□1と同じ 〒 -
	解除を希望する理由	被保険者等記号	番 号 枝 番
		(75-)	
3	解除希望者氏名・署名欄 (フリガナ_手書き)	生年月日	住 所
	※上記の承諾事項に承諾し、私の利用登録解除届出にあたり、署名します。 署名日： 年 月 日 フリガナ _____	昭・平・令 . .	□1と同じ 〒 -
	解除を希望する理由	被保険者等記号	番 号 枝 番
		(75-)	
4	解除希望者氏名・署名欄 (フリガナ_手書き)	生年月日	住 所
	※上記の承諾事項に承諾し、私の利用登録解除届出にあたり、署名します。 署名日： 年 月 日 フリガナ _____	昭・平・令 . .	□1と同じ 〒 -
	解除を希望する理由	被保険者等記号	番 号 枝 番
		(75-)	

文芸美術国民健康保険組合理事長 殿

処 理 欄

(組合記入欄)

担当者	備考