

常務理事	事務長	担当者

マイナンバーカード健康保険証利用登録解除申請書

FUJI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 年 月 日

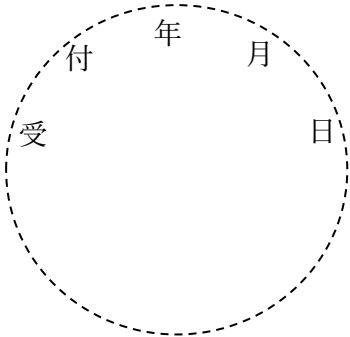
被 保 険 者	記号		番号	
	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号			

解除対象者		☐ 本人 ☐ 被扶養者（下欄に記載してください）		
被 扶 養 者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

(解除を希望する理由)

(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、当組合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、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FUJI 健保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。



※書類経路： 被保険者 → 健保組合