

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

コーセー健康保険組合 宛

申請日: 令和 年 月 日

被保険者(健康保険の本人)について

健康保険 資格情報	記 号	番 号	フリガナ	
			被保険者氏名	
被保険者住所	〒 -		生年月日	和暦 年 月 日
電 話	(日中連絡のつく番号を記入してください) -			
所属部署 (任意継続被保険 者は記入不要)	社名		支店または部署名	

解除申請者について

フリガナ		続柄	
対象者氏名			
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	☐ 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コーセー健康保険組合が 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。 署名 _____		
解除希望理由			

※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。
下記のいずれかの方法により、ご自身で健康保険証の利用登録をしてください。
①医療機関・薬局の受付(顔認証付きカードリーダー) ②マイナポータル ③セブン銀行ATM

【送付先】 社内便または郵送
コーセー健康保険組合まで
〒103-0025
東京都中央区日本橋茅場町1-9-4
長寿ビル8階

健保使用欄			健保受付印・受付番号
常務理事	事務長	担当者	