常務理事	事務長		担当

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

マイクロソフト健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日 提出

解除申請者	健康保険の記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名	フリガナ (自筆)	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	住所	〒　　ー 電話　　(　　)		
	対象者氏名		続柄	
	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公益社団法人国民健康保険中央会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・薬局を受診等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	
	解除を希望する理由			

＊代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

申請代行者	氏名		続柄	
	日中連絡先	(　　)		
	申請代行の理由			

受付日付印

【送付先】
社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合
社外の場合：〒108-0075
東京都港区港南2-16-3　品川グランドセントラルタワー
マイクロソフト健康保険組合
※社内便は黄色のInter Office Mail、
社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。