

提出先:各会社の社会保険担当者  
【任意継続／特例退職の方】  
〒103-0015  
東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階  
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | GL | 担当者 |
|      |     |    |     |

## 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

マイナ保険証の利用解除登録を希望する場合にご使用ください。解除対象者欄の署名欄は自署で記入してください。

|                       |                                                                                                                 |      |  |  |    |  |  |  |  |                                                            |   |   |   |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|----|--|--|--|--|------------------------------------------------------------|---|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 記号・番号                                                                                                           | 記号   |  |  | 番号 |  |  |  |  | 生年月日                                                       |   |   |   |  |
|                       |                                                                                                                 |      |  |  |    |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 |  |
|                       | 氏名                                                                                                              | フリガナ |  |  |    |  |  |  |  | 電話番号                                                       |   |   |   |  |
| 住所                    | <div><div></div><div></div><div></div><div></div>—<div></div><div></div><div></div><div></div></div> 都 道<br>府 県 |      |  |  |    |  |  |  |  |                                                            |   |   |   |  |

|                            |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |                                                                                           |   |   |
|----------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 解<br>除<br>対<br>象<br>者<br>欄 | 利用登録<br>解除対象者                                  | 枝番                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | フリガナ | 生年月日                                                                                      |   |   |
|                            |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 氏名   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 |
|                            | マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>て | <input type="checkbox"/> 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。<br>※ 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<br>ります。<br>※ 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(健康保険証を交付されて<br>いる方を除く)。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。<br>※ 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<br>で、1～2か月程度時間がかかります。<br><br>署名：_____ |  |      |                                                                                           |   |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (解除を希望する理由)                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情<br>報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。<br>※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じ<br>ることはありません。<br>※ なお、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を行うことは可能です。健康保険証の利用<br>登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカード<br>リーダーから行うことができます。 |  |

(注) 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、自身が日本アイ・ビー・エム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<br>業<br>主<br>欄 | 上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出します。 |
|                  | 事業所所在地                       |
|                  | 事業所名称                        |
|                  | 事業主氏名                        |
| 電話番号             |                              |

決 裁 日 付 印                      受 付 日 付 印