

常務理事	事務長	課長	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

(あて先) BIPROGY健康保険組合 理事長 殿

申請日	年 月 日	以下のとおり申請します。			
被保険者	氏名 (自筆)		記号		番号
	住民票 住所	〒	—	電話	— —

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。

※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる医療機関等の受診はできなくなります。

※利用登録解除には、1~3か月程時間がかかる場合があります。利用登録解除の状況は、ご自身のマイポータルの「健康保険証の利用登録の申込状況」からご確認ください。

※利用登録解除までの間に退職する場合は、新しく加入する健康保険組合等に対して、以前に加入していた健康保険組合に対して解除申請を行った旨、ならびに資格確認書発行希望の旨を申し出てください。

※利用登録が解除された後でも、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リーダー、マイナポータル、セブン銀行ATMから、再度利用登録の手続きを行うことが可能です。

解除 申請者	解除を希望する人について記入してください。				
	<input type="checkbox"/>	1 被保険者（本人分のみ） 2 被扶養者（家族）分のみ 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分			
被 保 険 者	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名		本人	<input type="checkbox"/>	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被 扶 養 者 ①	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/>	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被 扶 養 者 ②	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/>	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被 扶 養 者 ③	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/>	1 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
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。

代理人 氏名	フリガナ	続柄	
代理人 連絡先	電話		
	メール		
申請代行の理由			

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)