

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

シャープ健康保険組合理事長 殿

令和 7 年 X 月 X 日

解 除 申 請 者	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	X X 年 X 月 X 日
	氏名	健保 太郎			
	住所 電話	〒 545-85xx 大阪府大阪市阿倍野区長池町 xx TEL 06-xx21-1221		日付が未記入のものは返却します	
	被保険者等記号・番号 従業員 2000、 任継 100、特退 1000	被保険者等記号 XXXX		番号（氏名コード） XXXXXX	
	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申請します。 ※利用 く ※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・ ※利用登録解除後、マ まで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 令和 7 年 1 月 1 日 署名（自署）： 健保太郎			

（解除を希望する理由）必ず記入してください

〇〇〇〇〇〇〇〇

※マイナンバーカードにより医療機関等を受診する
に基づいたよりよい医療を受けることができます。

※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ることはあ
りません。

※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リーダーから行うことが
できます。

・ 解除を希望する理由は必ず記入してください
・ 未記入のものは返却します

（備考）代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。
（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、自身が以前に加入していた医療保険者等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。

事業主記入欄		健保記入欄		健保 受付日	
窓口責任者	担当	常務理事	事務長		課長

◆該当事業所に○をつけてください
堺・八尾・奈良・天理・葛城・多気・亀山・広島・福山・芝浦・幕張
特選・健保・基金・労組・事業C・米子・SIPI・SJL・SFAT・SSIC・SFL
DBI・DBJ・SDTC・SDCC・AIoT・SSTC・SNS・沖縄・SFC・SESJ
SSS・SMJ・SOSS・CLI・SDMC

入力日	R	.	.
-----	---	---	---