

／被保険者（本人）→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合
(任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 殿

解 除 申 請 者 記 入 欄	フリガナ			生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名							
	住所	(郵便番号 -)						
		都道		市区				
		府県		町村				
	被保険者等記号・番号 ※1	記号			番号		枝番	
	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	<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。 ※必ず下記の注意事項をお読みの上で署名ください。 署名： _____						
	解除希望理由							

【注意事項】

1. 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一切できなくなります。本申請受理後、健保より資格確認書を交付しますので、今後医療機関・薬局を受診される場合は資格確認書を持参ください。
2. 本申請後、解除が完了し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、1～2か月程度時間がかかります。
3. 解除完了まで1～2か月の間に、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。
4. 利用登録解除後に、再度利用登録いただきマイナ保険証として利用することが可能です。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。

事業所確認欄	係		長	健保組合 处理欄	交付日	適用		事務長	常務理事
					／				