

### 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

佐賀県建設国民健康保険組合 理事長 殿

被保険者記号	303	番号	012345	記入日	令和 6 年 12 月 1 日
組合員名	佐建 太郎			連絡先	090-****-****
住所	〒840-0936 佐賀市鍋島町大字森田469番地1				

下記の者について、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組合から発行されたマイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請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。

組合員名など記入下さい

	解除を希望する方の氏名	生年月日
1	佐建 太郎	昭和・平成・令和 50 年 1 月 1 日
2	佐建 花子	昭和・平成・令和 44 年 3 月 31 日
3		昭和・平成・令和 年 月 日
4		昭和・平成・令和 年 月 日
5		昭和・平成・令和 年 月 日

解除を希望する方を記入下さい。  
(組合員、または組合員と被保険者記号・番号  
が同じ家族のみ記入下さい)

(申請者が組合員以外の場合)

申請者名	佐建 花子	申請者の連絡先	080-****-****
世帯主との続柄	妻	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員と同じ住所

※ 支部窓口にて組合員以外のご家族が申請する場合、青枠の欄に申請者の情報を記入いただく必要があります

※ 住民票の住所が組合員と同一の場合、チェック下さい (住所記入不要)

※ 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。

今回の申請で届け出頂いた個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険事業以外には使用しません。

◎支部証明欄

組 合 名	組合員の身元確認が必要となります この中からどれか一つ必ず持参下さい	令和 年 月 日
組 合 長 名		

身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 年金手帳
	<input type="checkbox"/> 他( )	

確認者	発行者

処理日 年 月 日