

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

トヨタ自動車健康保険組合 殿

記入日： 年 月 日

解 除 申 請 者 【 一 人 に つ き 一 枚 提 出 】	被保険者等 記号・番号	記号	番号			
	かな			生年	昭和	
	氏名			月日	平成	年 月 日
	住所	(〒 —)				
		都 道			市 区	
		府 県			町 村	
	連絡先	※記入不備や確認・ご連絡したいことがある場合に使用します。				
		電話番号	()	—		
Email		@				
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。 解除を希望する理由 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>					
	※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なうことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、トヨタ健保から資格確認書を交付します。 ※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」画面に情報が反映されるまでは1～2か月程度時間がかかる場合があります。					
	署名（上記申請者）：					

(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。

健保受付印

(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、自分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。

■ 社内便宛先 → [区分] 健保 [部署] 医療保険室 資格認定G

■ 郵送宛先 → 〒471-0832 豊田市丸山町6-22 トヨタ健保 資格認定G宛