

常務理事	事務長	担当

マイナンバーカードの健康保険利用登録の解除申請書

大和ハウス工業健康保険組合 殿

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者フリガナ		被保険者等記号		被保険者生年月日		
被保険者氏名		番号	昭和・平成・令和 年 月 日			
解 除 対 象 者	フリガナ		解除 対象者 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		解除対象者続柄
	解除対象 者氏名					
	住所	(郵便番号 -)				
		都道 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号				
		Email				
	解除対象者の 記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載 してください。		記号	番号		枝番
マイナン バーカー ドの健康 保険利用 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りオンライン資格確認を行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、健康保険組合から資格確認書を交付します。 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険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 時間がかかる場合があります。 署名：_____				
(解除を希望する理由) ※必須 (出来るだけ詳細に記入ください) _____ _____						

※ マイナ保険証は資格確認書での受診に比べて医療費が安くなります。
初診料であれば自己負担分は6円、健保負担分は14円、合計で20円安くなります。
皆さんの保険料で賄われている医療費を安くすることで、保険料の抑制につながりますので、
原則、マイナ保険証をご利用ください。

※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、
自身の過去の健康・医療情報のデータ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。

(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。

健保受付印欄

記入例

解除申請が被保険者と被扶養者など、複数人いる場合は1枚に記入せず、お1人ずつの申請書を提出ください。

常務理事	事務長	担当

マイナンバーカードの健康保険利用登録の解除申請書

別シート「記号・番号の確認方法」をご参照願います。

大和ハウス工業健康保険組合 殿

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者フリガナ		ケンボ タロウ		被保険者等記号	1	被保険者生年月日	
被保険者氏名		健保 太郎		番号	1111	昭和・平成・令和 年 月 日	
解除対象者	フリガナ	ケンボ ハナコ		解除対象者生年月日	昭和 平成 令和	解除対象者続柄	
	解除対象者氏名	健保 花子					
	住所	(郵便番号 -)					
		都道		市区			
		府県		町村			
	連絡先	電話番号					
	Email						
	解除対象者の記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	記号	番号		枝番		
「✓」をいれてください。		☐ マイナンバーカードの健康保険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りオンライン資格確認を行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、健康保険組合から資格確認書を交付します。 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険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る場合があります。 署名：____ 解除対象者ご本人がご署名ください。					
(解除を希望する理由) ※必須 (出来るだけ詳細に記入ください)							
(例)・盗難、紛失の恐れを回避する為。 ・マイナンバーカードを更新しなかった為。							

別シート「記号・番号の確認方法」をご参照願います。

※ マイナ保険証は資格確認書での受診に比べて医療費が安くなります。

初診料であれば自己負担分は6円、健保負担分は14円、合計で20円安くなります。

皆さんの保険料で賄われている医療費を安くすることで、保険料の抑制につながりますので、原則、マイナ保険証をご利用ください。

※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータ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。

(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、

健保受付印欄

記号－番号の確認方法

健康保険の記号と番号の確認方法は、以下の通りです。

- DG-CORE の「人事記録確認」で確認
- 「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認
- 「マイナ保険証(マイナポータル)」確認
- 「資格確認書」で確認

いずれの方法でも確認ができない場合は、会社の人事部へご確認ください。

DG-CORE の「人事記録確認」で確認する方法

※DG-COREが閲覧できる方のみ

人事記録確認

確認完了 2026年度 人事記録確認

DG-COREが閲覧できる方のみ

あなたの人事記録は下記のとおり登録されています。

注意事項を必ず読み、登録内容の確認作業を行って下さい。

1. 個人記録 注意事項 (必読)

所属情報	
所属:	
氏名:	従業員番号:
役職:	資格級:
部門:	職種:
入社年月日:	入社区分:
4/1勤続年数:	4/1年齢:
従業員区分:	本人出身地:
生年月日:	性別:
障がい者区分:	障がい者手帳有効期限:

各種情報	
内線番号:	
外線番号:	
電子メール:	
FAX番号:	
基礎年金番号:	
企業年金基金加入者番号:	
DC加入者口座番号:	
持株Webログイン初期パス:	
ワード	
健康保険 記号:	
健康保険 番号:	

あなたの記号－番号が確認できます

氏名

氏名 (ローマ字) はこの画面より直接入力してください (登録必須)

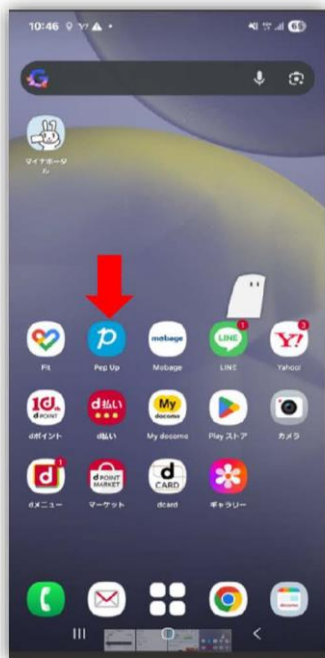
氏名:

氏名 (カナ):

「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認する方法

※マイナ保険証登録の有無に関わらず

①Pep Up アプリをタップ



②その他をタップ



③資格情報のお知らせをタップ



④資格情報のお知らせの赤矢印の箇所に
記号・番号が掲載されています。

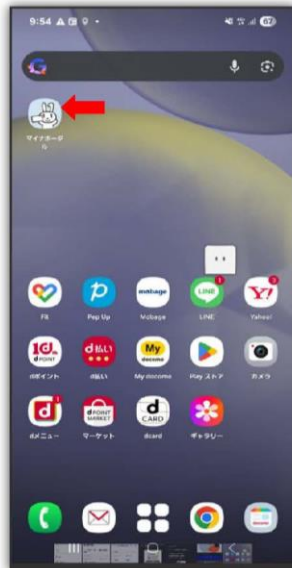


「マイナ保険証(マイナポータル)」確認する方法

※マイナ保険証登録をされている方

1. 「マイナ保険証」(マイナポータルから閲覧)・・・マイナ保険証登録をされている方

①マイナポータルをタップ



②登録・ログインをタップ



③電子証明書パスワード(数字4桁)を入力



④スマホにマイナカードを密着させる



⑤証明書の健康保険証をタップ



⑥下へスクロール



⑦資格情報の赤矢印の箇所に記号・番号が掲載されています。

区分	一般
記号	■  
番号	■■■■  
校番	■ 
フリガナ	■■■■
氏名	■■■■■■■■
生年月日	昭和■■年■■月■■日
性別	男
資格取得年月日	昭和■■年■■月■■日 
本人・家族の別	

※マイナ保険証登録をされていない方

(裏 面)		(裏 面)																										
印 以下の欄に記入することにより、職労提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を記入してください。 1. 私は、脳死後及び臓器停止した死体のいずれでも、移植のために臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死体に限り、移植のために臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 (1又は2を希望し、提供したくない臓器があれば、×を付けてください。) 【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・胆臓 】 [特記事項:] 署名年月日: 年 月 日 本人署名 (自筆): _____ 家族署名 (自筆): _____	〇〇都道府県国民健康保険資格取得書 有効期限 年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">記 号</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">番 号</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">姓 名</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td style="text-align: center;">性 別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用開始年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">一部生念金の徴収</td> </tr> <tr> <td colspan="3">世帯主氏名</td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">保険者番号並びに交付者の名称及び印</td> </tr> </table>	記 号	番 号	姓 名	氏 名	性 別		生 年 月 日	年 月 日		適用開始年月日	年 月 日		交付年月日	年 月 日		一部生念金の徴収			世帯主氏名			生 年 月 日	年 月 日		保険者番号並びに交付者の名称及び印		
記 号	番 号	姓 名																										
氏 名	性 別																											
生 年 月 日	年 月 日																											
適用開始年月日	年 月 日																											
交付年月日	年 月 日																											
一部生念金の徴収																												
世帯主氏名																												
生 年 月 日	年 月 日																											
保険者番号並びに交付者の名称及び印																												