

マイナ保険証をお持ちの方が、被保険者証(保険証)の返納を希望する際に提出する書類です。

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係

## 健康保険被保険者証の返納に係る同意書

神奈川県電子電気機器健康保険組合 御中

被 保 険 者 情 報	記号		番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名								
	住所	〒						電話番号	

▼被保険者を含め返納対象者を記入してください。

返 納 対 象 者	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	備考欄
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

### 【留意事項】

医療機関等において、マイナ保険証によるオンライン資格確認を行うことができない場合には、マイナ保険証とともに次のいずれかをご提示いただくことで受診が可能です。

- ・マイナポータルにアクセスして表示した「健康保険証の資格情報」画面
- ・マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報」のPDF画面
- ・資格情報のお知らせ(紙)(当組合より発行のもの)

※当組合で受領した被保険者証は返却できません。

医療機関等を受診する際はマイナ保険証を利用するため、上記事項に留意のうえ健康保険被保険者証を返納します。

令和 年 月 日

被保険者氏名(署名)

受付