

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

被保険者番号										
フリガナ	シナガワ タロウ									
被保険者氏名	品川 太郎									
生年月日	明治・大正	昭和	20	年	1	月	1	日		
住所	東京都	品川	市	区	広町	2-1-36				
連絡先	03 (3777) 1111									
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて										
申請日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日										
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。										

資格確認書の被保険者番号をご記入ください。

【確認事項】以下の点をご確認いただき、□にチェックをしてください。

- 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことはできません。
- 利用登録解除後、マイナンバーカード上の「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か月程度は、医療機関・薬局を受診等される際は資格確認書の持参が必要です。
- 解除申請後、1～2か月程度に、他道府県へ転出された場合には、転出後の医療保険者（他道府県広域連合）に対し、自身が以前に加入していた医療保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）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。
- 健康保険証の利用登録解除をした後も再度利用登録を行うことは可能です。

確認事項をご確認いただき、
□にチェックしてください。

(※) 以下は、ご家族・後見人等、被保険者ご本人以外の方が申請される場合にご記入ください。

届出人	氏名	関係
	()	
	住所	

届出人がご本人の場合は記入不要。
ご本人以外の方が届出人になる場合はご記入ください。

郵送申請の場合、以下の書類をお送りください。

- ・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
- ・本人確認書類の写し

＜届出人が本人の場合＞

A: 官公庁発行の顔写真付きの物

例: 個人番号カード(通知カードではありません)、写真付住民基本台帳カード
運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、障害者手帳、在留カード 等

B: Aが無い場合⇒次の物どれか2点

例: 資格確認書、介護保険証、官公署発行の通知書

＜届出人が本人以外の場合＞

本人の上記 A・B いずれか1点

届出人の上記 A または B

【処