

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	1	2	3	4	5	6	7	8	記入見本	
フリガナ	コウトウ タロウ									
被保険者氏名	江東 太郎									
生年月日	大正・昭和			24年			12月		1日	
住所	江東区東陽4-11-28								被保険者本人の身分証明書のコピーを添付してください。	
電話番号	03		(3647)				9111			
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて										
申請日 20●●年 12月 2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。										

【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、マイナポータル上の「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か月程度時間がかかる場合があります。
- 利用登録の解除を申請した方には、保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）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。
- 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、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。

(※) 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	江東 一郎		本人との関係	(長男)
	住所	〇〇市〇〇町〇—〇—〇—〇〇〇			
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇			

被保険者本人と届出人が異なる場合は、**届出人の本人確認書類の写し**を添付してください。

書作成		受付	入力	確認	受付印
窓口	郵送				
解除入力		受付	入力	確認	