

見本

マイナンバーカード健康保険証 利用登録解除申請書

(国民健康保険・後期高齢者医療 共通)

※届出人の顔写真付き本人確認書類1点、コピーを添付してください

※解除一人につき本申請書1枚必要です

受付印

枚方市長 様

↓記入部分

		届出年月日		令和 6 年 11 月 20 日	
届出者	届出者名	枚方 太郎		本人との関係	本人
	届出者住所	枚方市大垣内町〇-〇-1		連絡先電話番号	090-****-****1
解除対象者(被保険者)	フリガナ	ヒラカタ タロウ		生年	大正 昭和
	氏名	枚方 太郎		月日	平成・令和 〇〇年 9月 1日
	住所	(郵便番号 573 - 00**)			
		大阪 都・道 枚方 市区町村 大垣内町〇-〇-1			
	連絡先電話番号	090-****-****1			
	☒	後期高齢者医療	被保険者番号		
			8桁の被保険者番号		
	☒	国民健康保険	被保険者等記号	番号	枝番
			枚国	10桁の被保険者番号	01

本人・法定代理人以外は委任状が必要ですよ

該当する方に記入

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。

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ◆ 利用登録の解除をすると、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。
- ◆ 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となりますので、お持ちでない場合は資格確認書の交付申請を行うようにしてください。
- ◆ 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、2か月程度かかる場合があります。
- ◆ 利用登録の解除を届出してから解除されるまでの間(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利用登録の解除を届出した旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。

↓記入部分

(解除を希望する理由)	
該当する欄にチェック	
☐	特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため
☐	不正利用・情報漏洩の懸念があるため
☐	自身の意思と反して紐づけが行われたため
☐	マイナ保険証に不便さを感じるため
☐	その他

※代理人とは
届出人が解除申請者本人または法定代理人(親権者、成年後見人、未成年後見人)以外の場合です

※ 代理人により申請する場合は、委任状および代理人の本人確認書類(顔写真付き)が必要です。

※ 利用登録を解除した後も、再度、利用登録の手続きを行うことは可能です。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。

(本人確認書類)

- ☐運転免許証 ☐パスポート ☐マイナンバーカード
☐障害者手帳 ☐在留カード
☐その他 ()

処理者

確認者