

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

戸田市長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	氏名						
	住所	(郵便番号 -)					
		都道 府県			市区 町村		
	連絡先	電話番号					
		Email					
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号		番号		枝番	
マイナンバー カードの 健康保険証 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証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、保険者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か月程度時間がかかります。 署名：_____						

(解除を希望する理由)

※ 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証利用登録により、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、健康保険証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。健康保険証の利用登録は、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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（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。

記載例

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

戸田市長 殿

令和 6年 12月 2日

解 除 申 請 者	フリガナ	コクホ イチロウ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和 41年 10月 1日		
	氏名	国保 一郎					
	住所	(郵便番号 335 - 8588)					
		埼玉 都道 府県	戸田 市区 町村				
		上戸田1丁目18番1号					
	連絡先	電話番号	048-441-1800				
		Email					
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番			
		戸田	*****	**			
	マイナンバー カードの 健康保険証 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証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、保険者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か月程度時間がかかります。 署名： 国保 一郎					

(解除を希望する理由)

解除を希望する理由を
記載してください。

- ※ 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、ご本人の過去の健康・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証利用登録により、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、健康保険証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。健康保険証の利
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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を
記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間(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。

※申請者が解除対象者と異なる場合

記載例

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

戸田市長 殿

令和 6年 12月 2日

解 除 申 請 者	フリガナ	コタホ イチロウ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和 41 年 10 月 1 日	
	氏名	国保 一郎 申請者 国保 花子				
	住所	(郵便番号 335 - 8588) 埼玉 都道 戸田 市区 府県 町村 上戸田1丁目18番1号				
	連絡先	電話番号	048-441-1800			
		Email				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番		
		戸田	*****	**		
マイナンバー カードの 健康保険証 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証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、保険者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か月程度時間がかかります。 署名： 国保 花子					

署名は
申請者氏名を記載

(解除を希望する理由)

解除を希望する理由を
記載してください。

- ※ 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、日々の過去の健康・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証利用登録により、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、健康保険証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。健康保険証の利用登録は、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。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（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。