

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の送付について

マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除するための申請書を送付いたします。

申請書にご記入のうえ、以下の必要書類をご提出ください

申請者	必要書類
ご本人	① 申請書 ② 被保険者の本人確認書類※（写し）
被保険者ご本人以外の場合	① 申請書 ② 被保険者の本人確認書類※（写し） ③ 申請者の本人確認書類※（写し）

※本人確認書類は以下のとおりです

本人確認書類	例
顔写真付きの場合は1点	マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書など
顔写真のない場合は2点	健康保険証、資格確認書、介護保険証など

・成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書または審判書

○お手元に、有効な保険証または資格確認書がある場合、申請後も引き続きそちらをお使いください。（保険証の記載事項に変更があった場合や、有効期限が切れる際は、資格確認書を自動的にお送りします。）

○申請後、利用登録が解除されるまで、1～2か月程度時間がかかります。システム上で利用登録が解除されていることを確認しましたら、結果のお手紙を被保険者ご本人の住民票の住所へお送りします。（送付先変更依頼書を提出されている場合は送付先の住所にお送りします。）

切り取ってご使用ください↓

〒153-8573
東京都目黒区上目黒 2-19-15
目黒区国保年金課 後期高齢者医療係 宛て

（裏面に記入例がございます）

目黒区国保年金課
後期高齢者医療係
電話 03-5722-9838（直通）

記入例

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
フリガナ	メグロ タロウ
被保険者氏名	目黒 太郎
生年月日	大正・昭和 ○年 ○月 ○日
住所	東京都目黒区上目黒2-19-15
連絡先	○○ - (△△△△) - □□□□
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて	申請日 ○年 ○月 ○日

被保険者ご本人についてご記入ください

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。
- 利用登録の解除をした後、引き続き有効期限後、医療機関へ持参してください。元にある場合は、引き書を交付します。解除後、医療機関へ持参してください。
- 解除申請後から解除が完了するまで、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。

全項目を必ずご確認頂き、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	目黒 一郎	本人との関係	(長男)
	住所	目黒区上目黒2-19-15		
	電話番号	○○ (△△△△) □□□□		

被保険者ご本人以外のかたが申請される場合にご記入ください

【処 理 欄】

区処理欄につき記入不要

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									
被保険者氏名									
生年月日	大正・昭和		年		月		日		
住所									
連絡先	()								
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。									

【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。
- 利用登録の解除をした方には、資格確認書を交付します。現在有効な保険証や資格確認書が手元にある場合は、引き続きそちらを有効期限まで使用してください。有効期限が近付きましたら、新しい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保険証や資格確認書の持参が必要です。
- 解除申請後から解除がされるまでの間（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 _____ 本人との関係(_____)
	住所 _____
	電話番号 _____ (_____)

【処 理 欄】

受付者	入力者	確認者	受付印	
受付日	入力日	確認日		