

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、①申請書・②被保険者の本人確認書類（写し）をご提出ください。申請者が被保険者ご本人以外の場合は、被保険者の本人確認書類（写し）と申請者の本人確認書類（写し）を添えてご提出ください。

裏面に記入例がございますので参照ください。

〔下記の本人確認書類（※）等のコピーを添付してください〕

- ・顔写真付きの場合は1点（例：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（例：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

※氏名・生年月日・住所の3点が確認できるものがが必要です

※有効期限設定のあるものは、有効期限内のものとなります

○お手元に、有効な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。（資格確認書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。）

目黒区国保年金課 後期高齢者医療係
電話 03-5722-9838（直通）

（裏面が記入例になっています）

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		〇 年		〇 月		〇 日	
住所	東京都目黒区上目黒2-19-15							
連絡先	〇〇 - (△△△△) - □□□□							
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて								
申請日 〇 年 〇 月 〇 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。
- ☒現在有効な資格確認書を有する。解除後、医療機関で資格確認書を交付します。
- ☒解除申請後から解除がされた。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	〇〇 (△△△△) □□□□		

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

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。
- ☐現在有効な資格確認書を、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】

情報連携確認日	
確認者	
通知発送日	年 月 日

受付者	入力者	確認者	受付印	
受付日	入力日	確認日		