

マイナンバーカードの健康保険証に係る利用登録の解除申請書

新宿区長 宛

解除する人	フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成・令和	年 月 日
	住所	(郵便番号 ー)			
		都道府県 市区町村			
	電話番号				
	被保険者記号番号	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る医療機関等の受診ができなくなります。 ※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です。 ※この手続の後、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、時間がかかります。 署名：_____				
(解除を希望する理由)					

(解除する人本人ではなく代理の方が申請する場合には、こちらにも記入してください。)

代理人	フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成・令和	年 月 日
	住所	(郵便番号 ー)			
		都道府県 市区町村			
	電話番号				

(注)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、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。

新宿区処理欄

本人確認

☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他() ☐ 申立書・住民票

受付

--

特出受付

--