

記入例

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

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	後期高齢者医療
フリガナ	シンジユク タロウ								
被保険者氏名	新宿 太郎								
生年月日	〇〇年			〇〇月			〇〇日		
住所	東京都新宿区歌舞伎町一丁目 4番1号								
電話番号	〇〇			(〇〇〇〇)			〇〇〇〇		
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて									
申請日 〇〇年 〇〇月 〇〇日									
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。
- ☒ 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。
- ☐ ~~利用登録の解除を申請した方には、保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）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~~
- ☐ ~~解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2か月程度）~~
- ☐ ~~療保険者（他道府県広域連合）に対し、自身が以前に加入~~
- ☐ ~~合）に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資~~

ご本人様以外の方がご申請される場合には、委任状が必要です。

申請者 (届出人)	氏 名	新宿 花子	本人との関係 (子)
	住 所	新宿区歌舞伎町一丁目 4番1号	
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

区使用欄

確認欄	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
					/		

確認書類：①個人番号カード・免許・運転経歴証・パスポート・住基カード・障害者手帳・他（ ）
 ②資格確認書・保険証・減額証・限度額証・介護証・他（ ）

委任状

〇〇年 〇〇月 〇〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

委任者(被保険者本人)氏 名: **新宿 太郎**

住 所: **新宿区歌舞伎町一丁目 4番1号**

私は、下記の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請の権限について、下記代理人に委任をします。

代理人氏 名: **新宿 花子**

住 所: **新宿区歌舞伎町一丁目 4番1号**

郵送申請される場合には、申請者
(届出人)の本人確認書類の写しを
添付してください。

本人確認書類の添付欄

1. 申請者について

原則、申請者は被保険者本人です。上記、委任状欄の記載がある場合は、代理人が申請することもできます。

2. 本人確認書類の添付について

申請者の本人確認書類を添付してください。

・本人確認書類の例・・・

- ① 運転免許証、パスポート、個人番号カード等の写真のある書類の場合 1点
- ② 介護保険証、官公庁の発行した書類等(後期高齢者医療の納入通知書等)の写真のない書類の場合 2点

※本人確認書類は必須です。添付をお忘れないようご注意ください。

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										後期高齢者医療
フリガナ										
被保険者氏名										
生年月日	年 月 日									
住所										
電話番号	()									
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。
☐ 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。
☐ ~~利用登録の解除を申請した方には、保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）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。~~
☐ ~~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、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 (届出人)	氏 名	本人との関係 ()
	住 所	
	電話番号	()

区使用欄

確認欄	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
					/		

確認書類：①個人番号カード・免許・運転経歴証・パスポート・住基カード・障害者手帳・他 ()
 ②資格確認書・保険証・減額証・限度額証・介護証・他 ()

委任状

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

委任者(被保険者本人) 氏 名:

住 所:

私は、下記の者を代理人と定め、マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請の権限について、下記代理人に委任をします。

代理人 氏 名:

住 所:

本人確認書類の添付欄

1. 申請者について

原則、申請者は被保険者本人です。上記、委任状欄の記載がある場合は、代理人が申請することもできます。

2. 本人確認書類の添付について

申請者の本人確認書類を添付してください。

・本人確認書類の例・・・

- ① 運転免許証、パスポート、個人番号カード等の写真のある書類の場合 1点
- ② 介護保険証、官公庁の発行した書類等(後期高齢者医療の納入通知書等)の写真のない書類の場合 2点

※本人確認書類は必須です。添付をお忘れないようご注意ください。