

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

東京都報道事業健康保険組合 殿

申請対象者毎に申請書を作成ください。

令和 8 年 4 月 1 日

解除申請者	フリガナ	ホウドウ ジロウ		生年月日	昭和(平成)令和 1 年 2 月 3 日		
	氏名	報道 次郎					
	住所	東京 都道 〇〇 市区				府県 町村	
		〇〇〇丁目〇番〇号				〒 000 - 0000	
	連絡先	電話番号	△△-△△△△-△△△△				
		Email	×××××@×××.co.jp				
	被保険者等記号・番号	被保険者等記号		番号		枝番	
※枝番を含め、全て正確に記載してください。		162		101		01	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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、1~2か月程度時間がかかる場合があります。 署名: 報道 次郎						

注意事項をご確認の上、✓を入れてください。  
併せて署名もご記載ください。

(解除を希望する理由)

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため

解除を希望する理由を具体的にご記入ください。

※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キカードリーダーから行うことができます。

代理人が申請する場合は、以下をご記入ください。  
署名は、代理人名を併記してください。

■代理人により申請する場合は、次の欄も記載してください。

代理人氏名		本人との関係	
代理人住所		連絡先電話番号	

(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。