記載例

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

上ノ国町長　　殿

令和　６年１２月　２日

解除申請者	フリガナ	ｶﾐﾉｸﾆ　ﾀﾛｳ	生年月日	大正・昭和 平成・令和　４２年　３月　１日
	氏名	上ノ国　太郎		
	住所	（郵便番号　　－　　）		
		北海　都道府県　檜山郡上ノ国　市区町村　字大留１００番地		
	連絡先	１２３－４５６７－７８９０		

被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	被保険者等記号	番号	枝番
	上ノ国	０１２３４５６	１

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りオン 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 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：　上ノ国　太郎

□に✓を記入し、署名をお願いします

（解除を希望する理由）

記入例：今後利用するつもりがないため、健康保険証の利用登録が必須だと勘違いしたため、
情報漏洩に不安があるため　等

※　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、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けるこ

※　マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本
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

解除を希望する理由を記入願います。

（備考）代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

（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。

課長等	課長補佐等	主査等	備考	