

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

(宛先) さいたま市長

■■年 ■■月 ■■日

解除対象者	フリガナ	サイタマ タロウ		
	氏名	埼玉 太郎	生年月日	昭和 平成 令和・西暦
	住所	さいたま市浦和区常盤6-4-4		
	連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX		
	被保険者証記号・番号	被保険者等記号	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

- ・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、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。（現在の保険証の有効期間中は引き続きお手元の保険証をご利用いただけます。）
- 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、1～3か月程度時間がかかる場合があります。

こちらの3つの注意事項を確認いただき、チェックのうえ、署名欄にご署名ください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除に係る上記について同意しました。

申請者署名※: 埼玉 太郎
※代理人申請の場合は、代理人氏名を記載

代理人により申請する場合は、以下の欄に、代理人の氏名等を記載してください。
解除対象者と別世帯の方が代理申請する場合は、以下の記載に加えて委任状が必要となります。

代理人氏名	
代理人住所	<input type="checkbox"/> 同上
代理人連絡先電話番号	

代理人の方が申請する場合は、こちらの欄の記入も
お願いします。
なお、別世帯の方が代理人の場合、別途「委任状」
が必要です。

(注) 健康保険証の利用登録をマイナポータルやスマートフォンから行うことができます。

(注) 解除申請受理後から解除がなされるまでの間に、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。