

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	1	2	3	4	5	6	7	8
フリガナ	コウイキ ハナコ							
被保険者氏名	広域 花子							
生年月日	明治・大正・昭和 25 年 1 月 1 日							
住所	葛飾区 立石5丁目13番1号							
連絡先	03 (3695) 1111							
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて								
申請日 令和 7 年 1 月 1 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。
- ☒ 利用登録を解除すると、「マイナンバーカード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か月程度は利用できません。
- ☒ 医療機関で利用登録を行う場合は、資格確認書を持参してください。
- ☒ 解除申請後、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。
- ☒ 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。

確認してすべてにチェックをつけて下さい

届出人	氏 名	広域 花子	本人との関係（	本人
	住 所	葛飾区立石5丁目13番1号		
	電話番号	03 (3695) 1111		

【処 理 欄】

長寿医療係担当	審査	入力	受付

〒 窓	番号確認	身元確認
	代理権確認	交付確認
／	1.個人番号カード 2.住民票 3.免許証 4.在留カード等 5.パスポート 6.身障手帳 7.資格確認書 8.その他（ ）	