

被保険者証等本人確認書類の
コピーをつけてお送りください

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について

記入例

解除申請をする
被保険者ご本人様

記入した日

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ	イズミオオツ ハナコ	生年 月日	大正 昭和 西暦	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	泉大津 花子			
	住所	(郵便番号 595 - 〇〇〇〇) 大阪府泉大津市 〇〇町 〇-〇〇			
	連絡先 電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇			
届 出 者	届出者名	泉大津 花子	本人との関係	本人	
	届出者住所	同上	連絡先 電話番号	同上	

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求

被保険者ご本人様で
申請してください

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、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。
- ※ 解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書等の持参が必要となりますので、お持ちでない場合は資格確認書の交付申請を行うようにしてください。
- ※ 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、2か月程度かかる場合があります。
- ※ 利用登録の解除を届出してから解除されるまでの間（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利用登録の解除を届出した旨を申し出るとともに

あてはまるものにチェック☑してください

(解除を希望する理由)

- 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため
- 不正利用・情報漏洩の懸念があるため
- 自身の意思と反して紐づけが行われたため
- マイナ保険証に不便さを感じるため
- その他 ()

(本人確認)

- 運転免許証
- パスポート
- 障害者手帳
- 在留カード
- その他 ()

その他の場合、内容を
カッコ内を書いてください

処理者

確認者

--	--