

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

東京都町田市長 あて

令和 6 年 12 月 2 日

下記の注意事項を確認し、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。

解 除 対 象 者	フリガナ	コクホ タロウ	生年月日	昭和・平成・令和・西暦	
	氏名	国保 太郎		42	年 2 月 20 日
	住所	町田市 森野2-2-22			
申 請 者	連絡先	042 (724) 2124	被保険者 記号番号	32	12 - 3456
	フリガナ	コクホ ハナコ	連絡先	090 (××××)××××	
	氏名	国保 花子	続柄	妻	

※解除対象者と申請者が別世帯の場合には委任状が必要です

郵送の場合の必要書類

- ①解除申請書（住民登録が別世帯の方が申請する場合は委任状もご送付ください）
- ②解除対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）のコピー
※解除対象者と申請者が異なる場合は、申請者の本人確認書類のコピーもご送付ください。
- ③町田市の国民健康保険被保険者証（お持ちの場合）のコピー
※③の被保険者証をお持ちの方は解除手続き後は被保険者証をご利用ください。被保険者証のコピーが同封されていない場合は、未取得または紛失として、資格確認書を郵送します。

書類がそろっているかをご確認の上、申請いただけますようお願い致します。

解除を希望する理由

〔 資格確認書を利用したいため 〕

- ◆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。

事務処理欄

保険証 有 ⇒ 資格確認書は交付しない（保険証との差し替えの場合は交付）
無 ⇒ 資格確認書を発行 手渡し ・ 郵送（ / ）
本人確認（免許証・マイナンバーカード・パスポート・ ）

受付	入力	確認