

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 7 年 8 月 1 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 町田市森野2-2-22				
申請者	連絡先	042 (724) 2124	被保険者記号	32- 12	番号	3456
	フリガナ	コクホ ハナコ	連絡先	090 (xxxx)xxxx		
	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

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の注意事項 (必ずご一読ください)

◆利用登録を解除するとマイナンバーカードでオンライン資格確認を行うことができなくなります。

◆郵送の場合の必要書類

①解除申請書（別世帯の方が申請の場合は委任状もご送付ください）

②マイナンバーカードのコピー（両面）

書類がそろっているかをご確認の上、申請いただきますようお願い致します。

健康保険の資格喪失手続きが必要です。

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

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