

# 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

藤井寺市長 殿

令和 6 年 11 月 〇 日

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |          |          |                |                |  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|----------|----------------|----------------|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者                          | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                           | フジイデラ タロウ         |          | 生年<br>月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 7 年 7 月 〇 日    |  |
|                                                | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 藤井寺 太郎            |          |          |                |                |  |
|                                                | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (郵便番号 583 - 〇〇〇〇) |          |          |                |                |  |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 大阪                | 都道<br>府県 | 藤井寺      | 市区<br>町村       | 岡 1 丁目 1 番 1 号 |  |
|                                                | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 〇〇〇-              |          |          |                |                |  |
|                                                | 被保険者等記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                        | 被保険者等記号           |          | 番号       |                | 枝番             |  |
|                                                | 藤国                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   | 〇〇〇〇〇    |          | 〇〇             |                |  |
| マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>て | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br>※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<br>くなります。<br>※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機<br>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。<br>※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<br>まで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。<br>署名： 藤井寺 太郎 |                   |          |          |                |                |  |

(解除を希望する理由)

※理由の記入をお願いします

※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利  
用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカード  
リーダーから行うことができます。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を  
記載してください。また、代理人により申請する場合は、解除対象者からの委任状が必要です。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2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。

(注) 令和6年12月2日以前に交付された有効期限内の国民健康保険被保険者証をお持ちの方には、原則、  
資格確認書は交付はしませんので、解除後は、引き続き、交付された国民健康保険被保険者証を  
お使いいただくようお願いいたします。