

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

(宛先) 西東京市長 年 月 日

解除対象者 (被保険者)	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	電話番号	—	—
	住所	〒 —						
		都 道 府 県			市 区 町 村			
	記号		番号		枝番	※記号・番号・枝番は、お持ちの国民健康保険証又はマイナポータルでご確認ください。		
39	—	—	—	—				

※解除対象者と申請者が異なる場合は委任状が必要です。

申請者	☐ 上記解除対象者本人の場合は、チェックをしてください(以下申請者欄は記入不要です)。						
	フリガナ						
	氏名						
	解除対象者との関係		電話番号	—	—		
	住所	〒 —					
都 道 府 県			市 区 町 村				

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以下にチェックし、署名してください。

☐ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。

署名:

解除を希望する理由(以下に理由をご記入ください。)

申請にあたっての注意事項(ご確認いただき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ができなくなります。
- ☐ 利用登録の解除申請後、マイナポータル上の「健康保険証登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度かかります(文書等での通知はありません)。
- ☐ 利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます。
- ☐ 利用登録の解除申請後、医療機関を受診される際には、お手持ちの国民健康保険証(以下、「被保険者証」)に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有効期限以降は、被保険者証の代わりとなる資格確認書を送付いたしますので、医療機関を受診される際には、資格確認書を提示してください。
- ☐ 利用登録の解除申請から1～2か月程の間に、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、利用登録の解除申請を行った旨をお伝えください。

西東京市 処理欄	本人確認	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・在留カード・その他()			宛名番号
	処理	受付	入力	審査	資格確認書
		交付 ・ 郵送 (/)			

収受印