

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 平成	昭和 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	<input type="checkbox"/> 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、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