

【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

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
フリガナ	コウキ タロウ											
氏名	広域 太郎											
生年月日	昭和 20年 1月 1日											
住所 (方書・施設名等)	松山市北条辻6											
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	☒ 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。 ※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で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する等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※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」に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 署名： _____											

受付印

被保険者本人の氏名を記入

(解除を希望する理由)

解除を希望する理由を記入

(例) 資格確認書での病院受診を希望のため

マイナ保険証を使用したくないため など

※ マイナンバーカードに。に基づいたよりよい医療を受ける。

※ マイナンバーカードの健康保険証。ません。

※ 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。

(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へ連絡を行うようにしてください。

愛媛県後期高齢者医療広域連合
上記のとおり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。

被保険者本人の氏名を記入

代理人の場合は、代理人の氏名、住所、連絡先、続柄を記入

年 月 日 住 所

申請者 氏 名 (本人との関係：)

連絡先（電話）

備考	

受 付	入 力	広域確認