

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									
フリガナ									
被保険者氏名									
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日					
住所	東京都	市・区			町・村				
連絡先	()								
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて									
申請日 年 月 日									
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。									

【確認事項】 以下の点をご確認いただき、□に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を行うことはできません。
- 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」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。
- 健康保険証の利用登録解除をした後も再度利用登録を行うことは可能です。

(※) 以下は、ご家族・後見人等、被保険者ご本人以外の方が申請される場合にご記入ください。

届出人	氏名 _____ 本人との関係(_____)
	住所 _____
	電話番号 _____ (_____)

【処 理 欄】

確認者	入力者	受付者	受付印	
確認日	入力日	受付日		