

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	1	1	1	1	1	1	1	1			
フリガナ	チョウフ タロウ										
被保険者氏名	調布 太郎										
生年月日	明治・大正・昭和	20	年	12	月	1	日				
住所	東京都	市・区	調布	町・村	小島町2丁目35番地1						
連絡先	042 (481) 7148										
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて								申請日	令和8年	9月	1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、口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	調布 花子	本人との関係 (子)
	住所	小島町2丁目35番地1	
	電話番号	042 (481) 7148	

添付書類(窓口申請, 郵送申請どちらも添付書類は同じです。
郵送の場合はコピーを添付してください。)

- ① 本人が申請する場合
 - ・マイナンバーカード等顔写真付き身分証明書
- ② 代理人が申請する場合
 - ・代理人の顔写真付き身分証明書
 - ・本人の顔写真付き身分証明書
 - ・委任状(成年後見人などの場合は登記事項証明書等)

認者	入力者	受付者	受付印
認日	入力日	受付日	