

①～⑤を記入してください

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

申請日を記入してください

令和 6年 11月 5日

①

申請者	氏名	本人
	電話番号	
	Email	

代理人が申請する場合は、  
代理人の氏名及び連絡先を記入してください

②

被保険者	被保険者番号	12345678		
	フリガナ	コウキ タロウ	生年月日	大正 昭和 平成・令和 1年 2月 3日
	氏名	後期 太郎		
	住所	(郵便番号 123 - 4567 ) 北海道 帯広市 西5条南7丁目1番地1		
	連絡先	電話番号	987-654-3210	

③

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の健康保険証が利用できなくなります。

※申請した方には、健康保険証の返却等が行われます。返却の際には、健康保険証の返却書に署名をお願いします。

※解除後、医療機関等で健康保険証を利用する際は、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。

必ずチェックを入れてください

手書きで被保険者の氏名を  
記入してください(代筆可)

④

署名： 後期 太郎

⑤

(解除を希望する理由)

- 例
- 健康保険証の利用登録が必須だと勘違いしたため
  - 病歴や薬歴を明かしたくないため
  - 情報漏洩の不安があるため

など

解除を希望する理由を記入してください

(備考) 被保険者が申請する場合は、「申請者」欄の氏名に「本人」と記載の上、「申請者」欄の電話番号、Emailの記載は省略可能です。

(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に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。