

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

(あて先) 成田市

赤字部分を記入してください

申請日	○年 ○月 ○日	被保険者 記号・番号	記 号	成 田	番 号	1	2	3	4	5	6	
世帯主	氏名	成田 太郎										
	住所	成田市 花崎町 760 番地										
※枝番を含めて全て記入してください 解除申請する被保険者	No.	枝番	氏名			生年月日						
	1	00	成田 太郎			昭和 平成 令和	×年	×月	×日			
	2	01	成田 花子			昭和 平成 令和	☆年	☆月	☆日			
	3					昭和 平成 令和	年	月	日			
4					昭和 平成 令和	年	月	日				
解除を希望する理由	(例) オンラインでの資格確認を希望しないため											

- 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資格確認を行うことができません。
- 利用登録の解除を申請した方で、保険証を持っていない方には、受付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認が必要です。**解除を希望する理由を具体的に記入してください**
- 利用登録解除後は、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面で解除の確認をしてください。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を解除した後も、再度利用登録の手続きを行うことは可能です。
健康保険証の利用登録は、成田市役所市民課・保険年金課と下総大栄両支所の設置されている端末、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。
- 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。

上記の点を確認し、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。

申請者氏名： 成田 太郎

電話番号： 0476-20-1526

【事務処理欄】

受付印

運転
 パス

記入不要