

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

宇都宮市長 殿

令和 7 年 6 月 1 日

解 除 申 請 者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		生年 月日	大正・昭和 平成・令和	52 年 4 月 1 日	
	氏名	宇都宮 太郎					
	住所	(郵便番号 320 - 8540)					
		栃木 都道府県 宇都宮 市区町村 旭1丁目1-5					
	連絡先	電話番号	012-3456-7890				
		Email					
被保険者等記号・番号	被保険者等記号		番 号		枝 番		
	※枝番を含め、全て正確に記載してください。 000		00000				
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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。 ※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資格確認を行うことはできなくなります。 ※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します。解除後、本れる際には資格確認書の持参が必要です。 ※マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映する場合があります。						
記載内容をお読みいただくとともに、 チェックボックスへのチェック記入及び署名をしてください。							
署名： 宇都宮 太郎							

(解除を希望する理由)

解除申請を希望する理由を具体的に記入してください。
(例) 介助が必要であり、マイナ保険証での受診が困難であるため
(例) マイナ保険証を返納する(予定)のため など

※マイナンバーカードにより医療機関等健康・医療情報のデータに基づいたより良
※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
※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き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。

代理人が申請する場合は、次の欄をご記入ください。
なお、代理人が申請する場合は、委任状が必要です。

代理人の氏名		代理人の 生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
【郵送いただく書類】 ・ 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 ・ 顔写真付きの本人確認書類（マイナンバーカード又は運転免許証）のコピー 上記の書類を同封の返信用封筒で、宇都宮市役所保険年金課国税保税グループまで郵送してください。				
<input type="checkbox"/> その他 ()				