

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

記入例

(あて先) 岡山市長

令和 6年 12月 2日

解除申請者	フリガナ	コクホ ジロウ		
	氏名	国保 二郎		
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	7年 7月 7日	電話番号 086-000-xxxx
	住所	〒 岡山 都 道 岡山 (市) 町 村 ○区△△町1-2-3		
	被保険者記号番号	記号	番号	枝番
※枝番を含め、全て正確に記載してください		岡1	0000000	01
代理人	住所	同一世帯員の解除申請をする場合は、代わりに申請する方の氏名等を記入してください。		
	フリガナ			
	名前	電話番号 - -		

申請にあたっての注意事項	
利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる資格確認ができなくなります。	
利用登録の解除申請後、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か月程度かかります。(文書等での通知はありません。)	
利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます。 (登録方法：医療機関等の顔認証付きカードリーダー、マイナポータル、セブン銀行ATM)	
利用登録の解除申請後、医療機関等を受診される際には、お手持ちの国民健康保険証(以下、「被保険者証」)に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有効期限以降は、本市から資格確認書を交付いたしますので、医療機関等を受診される際には、資格確認書を提示してください。	
利用登録の解除申請から1~2か月程の間に、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、利用登録の解除申請を行った旨をお伝えください。	
解除を希望する理由(任意) (例) マイナ保険証を利用しないため	解除を希望する理由を記入してください。
上記確認の上、解除を申請します。	署名: 国保 二郎 解除申請者の署名が必要です。 (記名押印でも可とします。)

この申請は、本人が行うものですが、18歳未満および成年被後見人等の方は親権者・法定代理人の署名による申請が可能です。

受付印	受付者	国保年金課へFAXした日	システム入力者名	入力日	入力確認(国保年金課)

支所
地域センター

区役所

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

記入例
(法定代理人)

(あて先) 岡山市長

令和 6年 12月 2日

解除申請者	フリガナ	コクホ ジロウ		
	氏名	国保 二郎		
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	7年 7月 7日	電話番号 086-000-xxxx
	住所	〒 765 - 4321 岡山 都道 岡山 (市) 区△△町1-2-3		
	被保険者記号番号	記号	番号	枝番
※枝番を含め、全て正確に記載してください		岡1	0000000	01
代理人	住所	岡山市○区△△△◇◇◇番地		
	フリガナ	オカヤマ ハナコ		
	名前	岡山 花子		

解除申請の対象者の氏名等を記入してください。

親権者・法定代理人(補助職員)の氏名等を記入してください。
解除申請者が、成年被後見人等の場合は法定代理人であることが分かる書類が必要です。

申請にあたっての注意事項	
利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる資格確認ができなくなります。	
利用登録の解除申請後、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か月程度かかります。(文書等での通知はありません。)	
利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます。 (登録方法：医療機関等の顔認証付きカードリーダー、マイナポータル、セブン銀行ATM)	
利用登録の解除申請後、医療機関等を受診される際には、お手持ちの国民健康保険証(以下、「被保険者証」)に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有効期限以降は、本市から資格確認書を交付いたしますので、医療機関等を受診される際には、資格確認書を提示してください。	
利用登録の解除申請から1~2か月程の間に、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、利用登録の解除申請を行った旨をお伝えください。	
解除を希望する理由(任意) (例) マイナ保険証を利用しないため	解除を希望する理由を記入してください。
上記確認の上、解除を申請します。	
署名： 岡山 花子	親権者・法定代理人(補助職員)の署名が必要です。

この申請は、本人が行うものですが、18歳未満および成年被後見人等の方は親権者・法定代理人の署名による申請が可能です。

受付印	受付者	国保年金課へFAXした日	システム入力者名	入力日	入力確認(国保年金課)

支所
地域センター

区役所

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

記入例
(別世帯の代理人)

(あて先) 岡山市長

令和 6年 12月 2日

解除申請者	フリガナ	コクホ ジロウ		
	氏名	国保 二郎		
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	7年 7月 7日	電話番号 086-000-xxxx
	住所	〒 765 - 4321 岡山 都道 岡山 市 区△△町1-2-3		
	被保険者記号番号	記号	番号	枝番
※枝番を含め、全て正確に記載してください		岡1	0000000	01

解除申請の対象者の氏名等を記入してください。

代理人	住所	岡山市○区△△△◇◇◇番地		
	フリガナ	オカヤマ ハナヨ		
	名前	岡山 花子		

代理人の氏名等を記入してください。
代理人が申請をする場合は、解除申請者の委任状が必要です。

申請にあたっての注意事項	
利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる資格確認ができなくなります。	
利用登録の解除申請後、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か月程度かかります。(文書等での通知はありません。)	
利用登録が解除された後でも、再度利用登録の手続きを行うことができます。 (登録方法：医療機関等の顔認証付きカードリーダー、マイナポータル、セブン銀行ATM)	
利用登録の解除申請後、医療機関等を受診される際には、お手持ちの国民健康保険証(以下、「被保険者証」)に記載された有効期限までは、被保険者証を提示してください。被保険者証の有効期限以降は、本市から資格確認書を交付いたしますので、医療機関等を受診される際には、資格確認書を提示してください。	
利用登録の解除申請から1~2か月程の間に、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、利用登録の解除申請を行った旨をお伝えください。	
解除を希望する理由(任意) (例) マイナ保険証を利用しないため	解除を希望する理由を記入してください。
上記確認の上、解除を申請します。	署名： 国保 一郎
	解除申請者の署名もしくは記名が必要です。(押印は不要)

この申請は、本人が行うものですが、18歳未満および成年被後見人等の方は親権者・法定代理人の署名による申請が可能です。

受付印	受付者	国保年金課へFAXした日	システム入力者名	入力日	入力確認(国保年金課)

支所
地域センター

区役所