

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										
フリガナ										
被保険者氏名										
生年月日	明治・大正・昭和			年			月			日
住所	東京都			市・区 町・村						
連絡先	()									
東京都後期高齢者医療広域連合長 あて 申請日 年 月 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、□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。
- ☐ 利用登録の解除を申請した方には、保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。
- ☐ 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、他道府県へ転出された場合には、転出後の医療保険者（他道府県広域連合）に対し、自身が以前に加入していた医療保険者（東京都後期高齢者医療広域連合）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。
- ☐ 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 _____ 本人との関係(_____)
	住 所 _____
	電話番号 _____ (_____)

【処 理 欄】

☐ 本人（受任者）確認（マ・免・その他） ☐ 代理権確認（代理申請のみ） ☐ マイナンバーカード登録状況確認 ☐ 資格確認書発行（資格確認書を持っていない方のみ）	課長	係長	確認者	受付・入力者	受 付 印	

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
清瀬市長 殿

被保険者（委任者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日 _____ 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者番号（ _____ ）

上記被保険者に係る後期高齢者医療制度に関する申請、請求及び受領を行う者として、
下記の者に権限を委任します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受任者（代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者との続柄 _____

電話番号 _____

※ 委任状は全て被保険者（委任者）が記入してください。

※ 窓口にお越しの場合、受任者（代理人）の方の本人確認をさせていただきます。