

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 兼 資格確認書交付申請

解除 対 象 者	(保険者名称)全国健康保険協会		記号	番号	(協会使用欄) 枝番
			支部		
	氏名	(カタカナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
	郵便番号	一	電話番号		
	住所	都 道 府 県	市 区 町 村		
		マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除及び資格確認書の交付を申請します。 (必ずお読みください。)			
	(解除を希望する理由)			令和 年 月 日	
	申請者				

解除対象者以外の方が手続きする場合にご記入ください。(代理人の本人確認書類が必要です。詳しくは記入例をご覧ください。)					
委 任 欄	本申請について下記の代理人に委任します。				
	解除対象者	氏名	令和 年 月 日		
代理 人 欄	氏名	(カタカナ)	解除対象者との関係		
	郵便番号	一	電話番号		
	住所	都 道 府 県	市 区 町 村		

(注意事項)

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してください。

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。

記入例

(協会使用欄)

通番

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 兼 資格確認書交付申請

解除対象者	(保険者名称)全国健康保険協会		記号	番号	(協会使用欄) 枝番	
	東京 支部		21700023	21		
	氏名	(カタカナ) キョウカイ タロウ		生年月日	昭和 平成 61年1月22日 令和	
		協会 太郎				
	郵便番号	105-0000		電話番号	090××××××××	
	住所	東京	都道府県	市町村	○○1-1 △△マンション101	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除及び資格確認書の交付を申請します。 (必ずお読みください。)					
	① 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。 ② 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。資格確認書は被保険者様の勤務先の事業所宛に送付します。(任意継続加入の方については被保険者様宛に送付します。) ③ 利用登録解除の申請から、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、2か月以上かかる場合があります。					
	(解除を希望する理由)			解除対象者の氏名を記入願います。		
○○○であるため。			令和7年○月○日 申請者 協会 太郎			

解除対象者以外の方が手続きする場合にご記入ください。(代理人の本人確認書類が必要です。詳しくは記入例をご覧ください。)					
委任欄 代理人欄	本申請について下記の代理人に委任します。				
	解除対象者	氏名	令和 年 月 日		
	氏名	(カタカナ)	解除対象者との関係		
	郵便番号	一	電話番号		
	住所	都道府県	市町村		



【本人確認書類について】代理人の身元確認のため、以下の書類が必要です。(全てコピー)

- ①～④に掲げる本人確認書類のいずれか1点
 - ①マイナンバーカード(表面)、②運転免許証、③パスポート、④その他官公署が発行する写真付き身分証明書
- ⑤～⑩に掲げる本人確認書類のいずれか2点
 - ⑤資格確認書、⑥年金手帳、⑦国民年金、厚生年金保険または船員保険に係る年金証書、
⑧共済年金または恩給等の証書、⑨学生証、会社の本人確認書類または公の機関等が発行した資格証明書で写真を貼り付けたもの、⑩住民票