

記載例

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

届出者名	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	072-740-1111

被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者	フリガナ	カワニシ ハナコ
	氏名	川西 はなこ
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦) 16 年 9 月 10 日
	住所	川西市中央町12-1

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 checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードの ※ 利用登録を解除すると、 ※ 利用登録の解除申請し ※ にかかる場合があります。 ※ イナ保険証により、こ の同意に基づき、自身 ます。	希望するに☑された場合 下記情報が記載された 資格確認書 が、令和6年12月2日以降に順次発送されます。保険証と差替えて使用してください。 ・自己負担限度額等の適用区分 1医療機関での支払いの自己負担限度額を示す区分が記載されますので、1医療機関で限度額を超える支払いをする必要がなくなります。 ・特定疾病区分 特定疾病(人工透析等)の認定の際に使用する欄になります。該当がなければ空欄としてください。 該当する場合は一度医療助成・年金課へご連絡ください。
----------------------------	--	---

【資格確認書】 任意記載事項の記載の希望 該当するものに☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望する (希望するもの全てに☑してください) (<input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分) (<input type="checkbox"/> 特定疾病区分) <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※ 任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1カ月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※ 「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活 ※ 限度 ※ わかる ※ ていた ※ 「特 認定を	希望しないに☑された場合 現在、保険証が交付されている人には、解除申請されても「資格確認書」は交付されません。引き続き、交付されている保険証を使用してください。 ※令和7年7月中旬に、8月以降使用する「資格確認書」を郵送する予定です。
---	--	---

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、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。

6 年 1 2 月 1 0 日

----- ※ 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	受付者	入力の確認	<input type="checkbox"/> 保険証利用登録解除入力 <input type="checkbox"/> 資格確認書交付申請入力 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行
-----	-------	-----	-------	--

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

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	

被保険者番号								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	年	月	日			
	住所							

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る。 ※ 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。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。 ※ 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、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。 ※ 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、時間がかかる場合があります。 ※ マイナ保険証により、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なく、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
----------------------------	--

【資格確認書】 任意記載事項の記載の希望 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに <input checked="" type="checkbox"/> してください） （ <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分） <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※ 任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1カ月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※ 「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※ 限度区分Ⅱであった期間に入院していた日数が、過去12カ月で90日を超える場合、入院日数のわかる医療機関の請求書、領収書などを添えて「長期入院該当適用申請」を市（区）町の窓口で行っていただくことで、食事療養標準負担額がさらに減額される場合があります。 ※ 「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。
---	---

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、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。

年 月 日

----- ※ 以下市（区）町記入欄 -----

受付日	年 月 日	受付者		入力の確認 <input type="checkbox"/> 保険証利用登録解除入力 <input type="checkbox"/> 資格確認書交付申請入力 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行
本人確認	書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・ その他（)			