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の注意点

【提出書類チェックリスト】

組合様式	1□ 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《様式 42 号》 2□ マイナンバー記入票（マイナンバーが確認できる書類のコピーを添付） 《様式第１・２・５・８・42・43 号－２》
その他	3□ 提出者の身元確認書類 （運転免許証のコピー等、顔写真のある証明書類１点。または、その他の証明書類２点）

【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。
・健康保険証の利用登録解除後も、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。

【提出前の再確認】

・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に記入漏れはありませんか。

【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

記号番号	医00 － 12345	(準)組合員氏名	国保　太郎
解除を希望する者	氏名	続柄	解除を希望する理由
	国保　太郎	本人	マイナ保険証を利用しないため
住所	〒611－0123 京都府宇治市○○町△△７８９番地の２ ハイツ××１０２号 電話番号　０００－０００－０００		

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。
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。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

事業主の署名
法人事業所の場合は理事長の署名

令和　6年　4月　1日

組合員氏名
（事業主名）　京　都　太　郎

様 式 第 42 号

解　除			確認書交付		
事 務 長	確　認	業 務 係	事 務 長	確　認	業 務 係

マイナンバーは、マイナンバー記入票
（様式第１・２・５・８・42・43 号－２）に記入

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 号 番 号	医　　－	(准)組合員 氏　名	
解除を希望する者	氏　　名	続　柄	解除を希望する理由
住　所	〒　　－		
	電話番号　　—　　—		

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。
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。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和　　年　　月　　日

組合員氏名
（事業主名）

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、下記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】
私は、下記の者を代理人と定め、
この申請を依頼します。
令和　　年　　月　　日

受任者 (代理人)	氏名
委任者 (提出者)	氏名

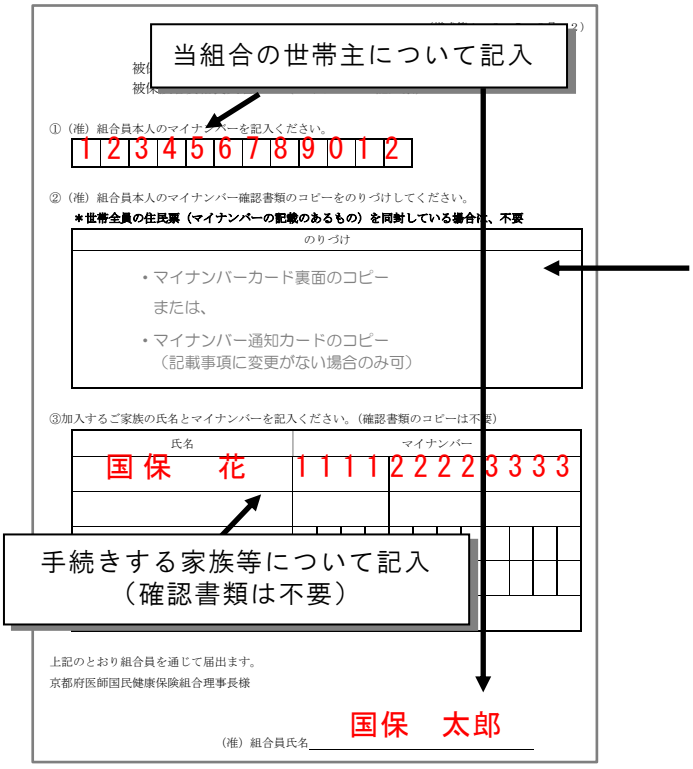
組合記入欄	本人確認		確認書類廃棄		確認書交付日
					解除確認日
	番号確認		身元確認		
	□マイナンバーカード（裏） □通知カード □住民票 その他（　　）		□マイナンバーカード（表） □運転免許証　□パスポート 次の２点 □資格確認書　□年金手帳 □住民票　□源泉徴収票 □納税通知書　その他（　　）		

個人番号（マイナンバー）制度への対応について

マイナンバー制度が開始されたことにより、当組合の各種届出書類に**「マイナンバーの記入と確認書類の添付」、「提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類の添付」**が必要となりました。

下記参照のうえ、各種届出書類と合わせてご提出をいただきますようお願いいたします。

1．マイナンバー記入票にマイナンバーを記入



2．マイナンバーの確認書類を添付

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、不要

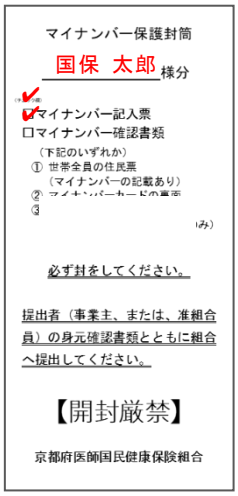
・マイナンバーカード裏面のコピー

または、

・マイナンバー通知カードのコピー
（記載事項に変更がない場合のみ可）

をのりづけください。

3．マイナンバー記入票を保護封筒に入れる



住民票にマイナンバーの記載がある場合は、同封してください。

4．提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類とともに当組合へ提出

【提出者の顔写真のある証明書類１点】
マイナンバーカード表面のコピー、
運転免許証のコピー、パスポートのコピー等

【困難な場合は、次のうちから２点】
資格確認書（写）、年金手帳（写）、住民票、
源泉徴収票（写）、納税通知書（写）

＊代理人（社会保険労務士等）が提出をされる場合は、委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

追跡が可能な簡易書留や特定記録郵便またはレターパックプラス・ライトなどで送付ください。
→を切り取りのうえ、封筒に貼ってご使用ください。

〒604-8418
京都市中京区西ノ京東栂尾町６番地
京都府医師会館７Ｆ

京都府医師国民健康保険組合　資格担当　行

（様式第１・２・５・８・42・43 号－２）

被保険者資格取得届、資格確認書等再交付申請書、住所・氏名変更届、被保険者資格喪失届、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、資格確認書交付申請書の２（**マイナンバー記入票**）

①（准）組合員本人のマイナンバーを記入ください。

②（准）組合員本人のマイナンバー確認書類のコピーをのりづけしてください。

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、貼付不要

＊通知カードは氏名、住所等が住民票の記載と一致している場合のみ使用可能

のりづけ
・マイナンバーカード裏面のコピー または、 ・マイナンバー通知カードのコピー （記載事項に変更がない場合のみ可）

③ 手続き（加入・変更・喪失・再交付等）するご家族の氏名とマイナンバーを記入ください。
（確認書類のコピーは不要）

氏名	マイナンバー											

上記のとおり組合員を通じて届出ます。
京都府医師国民健康保険組合理事長様

（准）組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【マイナンバーの利用目的について】

当組合は、被保険者のマイナンバーを、番号法別表第４４項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

マイナンバー保護封筒

＿＿＿＿＿＿＿＿様分

（チェック欄）

□マイナンバー記入票

□マイナンバー確認書類

（下記のいずれか）

① 世帯全員の住民票
（マイナンバーの記載あり）

② マイナンバーカードの裏面

③ マイナンバー通知カード
（記載事項に変更がない場合のみ）

必ず封をしてください。

提出者（事業主、または、（准）組合員）の身元確認書類とともに組合へ提出してください。

【開封厳禁】

京都府医師国民健康保険組合

【マイナンバー保護封筒のつくり方】

1. 印刷の向きを①→②→③→④の順に山折りします。
2. 一重線を④山折り
3. マイナンバーの記入された□の部分がちょうど封筒の窓に入るように折ります。
4. □
5. まちを②山折り

マイナンバーの記入された書類と、本人の確認ができる書類を入れます。

ほかの書類とともにご提出ください。

①山折り

②山折り

③山折り

のりしろ

のりしろ

のりしろ

のりしろ