

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

神戸市長

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ	
申請者氏名	
住所	(〒 -) 神戸市 区
連絡先	() -
解除対象者との関係	<input type="checkbox"/> ①本人 <input type="checkbox"/> ②その他（代理人等（同一世帯所属の場合も含む）※）

※ ②の場合は、委任状等が必要な場合があります。

証番号									枝番		
解除対象者	フリガナ										
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 神戸市 区									
	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日									

○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オンライン資格確認を行うことはできません。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。（マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局にて手続き可能）

※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。

※利用登録の解除後、マイナポータル上の「健康保険利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1ヵ月から2ヵ月程度の時間がかかります。

上記、注意事項を確認しました。また、本人による申請ではない場合は申請者が本人等へその旨、申し伝え等します。

署名 (※) :

※ 署名欄において、本人による自署ではなく代筆の場合、申請者の氏名を記入してください。

課長	係長	担当者

受付印		証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 郵送（特別療養） <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 不要	身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他 ()

高齢証（非該当・該当⇒☐窓口 ☐郵送 ☐不要）