

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	□郵送 □郵送 (特別療養) □窓口 □不要	身 元 確 認	□マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □在留カード □他 ()
-------	-------	------------------------------------	---------	--

高齢証 (非該当・該当⇒□窓口 □郵送 □不要)