

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

記入日をお書きください

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

次のとおり申請します。

申請者の情報をお書きください

フリガナ	コウベ タロウ
申請者氏名	神戸 太郎
住所	(〒 650 - 8570) 神戸市 中央 区 加納町6-5-1
連絡先	(078) 000 - 0000
解除対象者との関係	<input checked="" 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) ※)

日中に連絡が取れる電話番号を必ずお書きください

解除対象者の情報をお書きください

※ ②の場合は、委任状等が必要な場合があります。

証番号	1	2	3	4	5	6	7	枝番	0	0
解除対象者	フリガナ									
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ								
	住所	<input checked="" 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、本人が本人等へその旨、申し伝え等します。

解除対象者本人または申請者の名前をお書きください

署名(※)： 神戸 太郎

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