

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

次のとおり申請します。

申請者の情報をお書きください

令和〇年〇月〇日

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 〇年〇月〇日			

○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ヶ月から2ヶ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
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	□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）