

記入例

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

摂津市長 様

R6 年 11 月 5 日

申請者	氏 名	摂津 太郎	電話番号	06-6383-1555
	住 所	摂津市三島1-1-1	被保険者との続柄	世帯主

※被保険者本人が申請者の場合は記載不要

被 保 険 者	被 保 険 者 記 号 番 号	摂国 2020000		
	住 所	摂津市 三島1-1-1		
	フ リ ガ ナ	セツツ ハナコ	生年 月 日	S36.1.1
	氏 名	摂津 花子	電話 番 号	06-6383-1555

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。

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、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。
- ※ 利用登録の解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書等の持参が必要となります。
- ※ 利用登録の解除後、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、2か月程度かかる場合があります。
- ※ 利用登録の解除の申請から解除されるまでの間（2か月程度）に、別の市町村に異動した場合や他の健康保険組合に加入した場合などは、異動後の市町村や健康保険組合などに対し、自身が摂津市の国民健康保険に利用登録の解除の申請をした旨を申し出るとともに、資格確認書等の交付申請を行うようにしてください。

解除を希望する理由を記入してください。

「解除を希望する理由」（任意）

マイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため

「市記入欄」

解 除 登 録	
登録日	
登録者	

決 裁				
課長	課長代理	係長	係員	受付

資格確認書等【 有 ・ 無 】 交付【 窓口 ・ 郵送 】

交付確認者（ ）