

## 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	被保険者番号			
	住所	摂津市 三島1-1-1		
	フリガナ	セツツ ハナコ	生年月日	S24.1.1
	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、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等 に対して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》（任意）

マイナンバーカードや暗証番子の管理ができなため

解除を希望する理由を記入してください。

《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（ ）