マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除申請書

年　　月　　日

尼崎市長　あて

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を次の理由により希望し、注意事項を確認した旨の署名も併せて行います。

○利用登録解除希望者（以下、「本人」という。）

被保険者番号								枝　番		
フ　リ　ガ　ナ										
氏　　名										
住　　所	〒　　－									
生　年　月　日	年　　月　　日				連　絡　先			ー　　ー		

○申請者

本人との続柄	□　本人　□　本人以外（続柄：　　）　□　同一世帯 ※　本人の場合は、氏名欄等以下の記入不要。		
氏　　名			
住　　所	〒　　－		
生　年　月　日	年　　月　　日	連　絡　先	ー　　ー

※　「本人」または「本人と同一世帯の者」以外が申請者の場合、申請者の本人確認書類に加え、本人からの委任状等が別途必要です。

○解除を希望する理由

内　　容	

○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。
・申請時点において有効な被保険者証又は資格確認書を有していない場合、資格確認書を交付しますので、医療機関受診等の際は、必ず持参をお願いします。
・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。
・申請から上記画面の反映までの間に、本市国民健康保険を脱退して新たな健康保険に加入した場合、その保険者に本市国民健康保険で利用登録解除申請を行った旨を申し出て、資格確認書の交付申請を行い、資格確認書を交付してもらうようお願いします。

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（本人氏名）：

申請者氏名（※）：

※　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。

------　職員記入欄　----------

	課長	係長	係	受付場所（ 本庁 ・ 阪尼 ・ J尼 ・ 塚口 ）	受付
年　　月　　日 申請を受理します。				資格確認書交付：　済　・　未 本人確認書類：　個　・　免　・　旅　・　委 その他：（　　）	

※　該当箇所に○で囲み、必要に応じて記入