

# 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

三田市長 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、希望します。  
また、申請内容にかかる同意及び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	昭和・平成 令和・西暦	年	月	日	連絡先	- -				

## ○申請者

本人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(続柄: ) <input type="checkbox"/> 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	昭和・平成 令和・西暦	年	月	日	連絡先	- -				

※「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	
----	--

## ○申請内容

利用登録解除希望者にかかるマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を希望し、その解除作業を行うため、公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁に提供すること。

## ○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、時間がかかります。

上記、申請内容について同意するとともに、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、申請者が本人へ上記注意事項を申し伝えます。

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 -----

年月日	課長	係長	係長	受付方法(窓口・郵送)	受付
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:( )	