

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

西宮市長 様

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日					
	氏名									
	住所	(〒 - )								
	電話番号									
	被保険者番号								枝番	
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	<p>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。</p> <p>※利用登録を解除すると、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。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、有効な被保険者証をお持ちでない場合、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。</p> <p>※利用登録解除後、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、1～2か月程度時間がかかります。</p> <p>※解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2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解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。</p> <p>※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。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。</p> <p style="text-align: right;">署名（申請者氏名）： _____</p> <p style="text-align: center;">※代理人が手続きされる場合は、代理人による代筆</p>									
代理人	続柄等	<input type="checkbox"/> 同一世帯（続柄： _____） <input type="checkbox"/> 同一世帯以外（関係： _____）								
	フリガナ			生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日					
	氏名									
	住所	(〒 - )								
電話番号										

※解除申請者本人以外が手続きする場合、代理人欄を記入してください。  
代理人が同一世帯以外の場合は委任状を添付してください。

(解除を希望する理由)	
-------------	--