

記入例

令和6年12月25日

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

(あて先)八尾市長

解 除 申 請 者	フリガナ	ヤオシ タロウ	生年 月日	昭和 平成 令和・西暦	40 年 10 月 30 日	
	氏名	八尾市 太郎				
	住所	〒 581 - 0003 八尾市〇△町×丁目□番□号				
	電話番号	072-924-×△〇□				
	被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に 記載してください。	被保険者等記号 八 国	番号 111111	枝番 01		
	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	☒ 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。 ※利用登録の解除を申請した方には、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。 ※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る場合があります。				
	署名： 八尾市 太郎 個人番号（マイナンバー）： 1234 5678 9101					

この申請は、本人が行うものですが15歳未満および成年被後見人の方は法定代理人による申請が可能です。また、この申請書の記入が困難である場合については、介助者及び職員等の代筆のうえ、本人が署名または押印を行うことで有効なものとして認められます。

15歳未満の方の申請を保護者の方が行う場合には以下の枠内に必要事項を記入してください。

フリガナ		生年 月日	平成・令和 西暦	被保険者等記号 番号	八国 枝番
氏名			年 月 日		
個人番号					

□あわせて、資格確認書の交付申請をいたします。

受領者氏名： _____

以下、健康保険課使用欄