

(国民健康保険用)

被保険者番号	宛名番号

受付印

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

豊中市長 あて

年 月 日

解 除 申 請 者 (解 除 希 望 者)	フリガナ		生年 月日		
	氏 名				
	住 所	豊中市	電話 番号		
	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	<div>□マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び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へ提供することに同意します。</div> <div>※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ません。</div> <div>※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。</div> <div>※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。</div> <div>署名：_____</div> <div>※代理人が申請する場合は代理人名を記入してください。</div>			

(解除を希望する理由)
<div>□特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため</div> <div>□マイナ保険証に不便を感じるため</div> <div>□その他 (_____)</div>
※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
※なお、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。

(注) 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。

(備考) 代理人により申請する場合は、以下の欄に代理人の情報を記載してください。
申請書提出の際に、解除希望者からの委任状と代理人の顔写真付き身分証を添えて提出してください。

代 理 人	氏名：	本人との関係：
	住所：	連絡先：

本人確認（市記入欄）
<div>□運転免許証 □マイナンバーカード</div> <div>□在留カード □その他</div>

資格確認書			受付者	処理者	確認者
窓口	郵送	なし			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Toyonaka — 国民健康保険異動届出書 — National Health Insurance Application

Deadline: Must be submitted within 14 days of the qualifying event (losing employer insurance, moving in, birth, etc.) | Cost: Free | Penalty: Late enrollment means you still owe premiums from the eligibility date, and medical costs in

WHAT TO BRING

>> Enrolling after leaving employer insurance

- | | |
|---|-------------|
| * Certificate of Health Insurance Loss (from former employer) | 健康保険資格喪失証明書 |
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card (or My Number notification) | マイナンバーカード |
| Bank passbook & registered seal (for auto-debit setup) | 通帳・届出印 |

>> Enrolling after moving to a new ward

- | | |
|--|-----------|
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card | マイナンバーカード |
| Moving-Out Certificate (from previous ward) (If also doing residence registration) | 転出証明書 |

>> Leaving NHI (got employer insurance)

- | | |
|---|-------------|
| * New health insurance card (from employer) | 新しい健康保険証 |
| * NHI qualification confirmation document | 国民健康保険資格確認書 |
| * My Number Card | マイナンバーカード |

COMMON MISTAKES

- X Not enrolling within 14 days
- > You owe premiums retroactively from the eligibility date, but medical expenses during the gap are not covered.
- X Forgetting to disenroll from NHI after getting employer insurance
- > You will be double-billed for premiums. NHI does not automatically cancel.
- X Not bringing the Certificate of Health Insurance Loss
- > The ward office cannot process your enrollment. Ask your former employer to issue this document.

AFTER YOU SUBMIT

1. You receive a qualification confirmation document (資格確認書) — keep this as proof of insurance
2. Monthly premium notices arrive by mail. Pay at convenience stores, banks, or set up auto-debit
3. Dependents can be enrolled on the same form — list all household members
4. Premiums are calculated based on your previous year's income

セクション 1 — Section 1

1 (国民健康保険用)

2 被保険者番号

3 宛名番号

4 受付印

5 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

6 豊中市長 あて

7 年 月 日

8 フリガナ

9 生年

10 氏名

- 1 (国民健康保険用) National Health Insurance / National Health Insurance

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. Japan's public health insurance system for residents not covered by employer insurance
- 2 被保険者番号 Insured Person Number

Enter your health insurance member number found on your insurance card (国民健康保険証 or employee insurance card)
- 3 宛名番号 Addressee number

Pre-printed identification number on official correspondence - copy from documents sent to you
- 4 受付印 Reception / Received / Seal (inkan / hanko)

Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.
- 5 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 My Number Card / My Number Card / My Number Card

Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter.
- 6 豊中市長 あて To the Mayor of Toyonaka City

This shows the form is addressed to the Mayor of Toyonaka City. No action needed - this is pre-filled.
- 7 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals
- 8 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 9 生年 Date of birth

Enter your birth year, month, and day as shown on your residence card or passport
- 10 氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



セクション 2 — Section 2

解除 申 請 者 (解 除 希 望)	氏 名	生年 月 日		
	住 所	豊中市	電話 番号	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び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へ提供することに同意します。 ※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			

- 1

生年Date of birth

Enter your birth year, month, and day as shown on your residence card or passport
- 2

氏名Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 3

住所Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 4

豊中市Toyonaka City

This indicates the municipality name - no action needed as it's pre-printed on the form
- 5

番号Number

Enter your residence card number or other relevant identification number as specified in the form instructions.
- 6

マイナンバーMy Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 7

□ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行う

My Number Card / My Number Card / My Number Card

Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter.
- 8

保険証利用登Health insurance card

Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.
- 9

証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。

Certificate / . / To do/perform

This refers to official documents like residence certificates or income certificates that may need to be attached This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 10

※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

My Number Card / My Number Card / Online

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one
- 11

※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

. / Qualification / Document

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
-
- Generated 2026-02-19 from github.com/wkesner/japan-forms | Not an official government document
- Form p.1

セクション 2 — Section 2 (continued)

解除 申 請 者 (解 除 希 望)	氏 名			生 年 月 日		
	住 所	豊中市			電 話 番 号	
	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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び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へ提供することに同意します。				
		<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、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</p>				

12

※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

My Number Portal / Health insurance card

Official government online service portal using your My Number card Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.

セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

希望者

● 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 ●

● ※代理人が申請する場合は代理人名を記入してください。

(解除を希望する理由)

☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため

☐ マイナ保険証に不便さを感じるため

☐ その他 ()

● ※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。

● ※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。

● ※なお、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。

● (注) ● 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。

● (備考) ● 代理人により申請する場合は、以下の欄に代理人の情報を記載してください。

● 申請書提出の際に、解除希望者からの委任状と代理人の顔写真付き身分証を添えて提出してください。

代理人

氏名 :

本人との関係 :

住所 :

連絡先 :

- 1

※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
My Number Portal / Health insurance card
Official government online service portal using your My Number card Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.
- 2

署名 : _____ Signature
Sign your name. Foreigners can use a written signature instead of a seal (inkan).
- 3

※代理人が申請する場合は代理人名を記入してください。 Please / Please / Please
This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested
- 4

☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため
My Number Card / My Number Card / PIN (4-digit personal identification number)
Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID.
Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one
- 5

☐ その他 () Other (/ Other
Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above Use this section for any additional information not covered in other fields
- 6

※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報
My Number Card / My Number Card / My Number
Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID.
Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one
- 7

※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じる
My Number Card / My Number Card / My Number Card
Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter.
- 8

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
My Number Portal / Reception / Received / Bank
Official government online service portal using your My Number card Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 

セクション 3 — Section 3 (Part 1/2) (continued)

希望者

● 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●

※代理人が申請する場合は代理人名を記入してください。

● (解除を希望する理由)

● ☐ 特別な事情によりマイナンバーカードや暗証番号の管理ができないため

● ☐ マイナ保険証に不便を感じるため

● ☐ その他 ()

● ※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。

● ※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。

● ※なお、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。

● (注) ● 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。

● (備考) ● 代理人により申請する場合は、以下の欄に代理人の情報を記載してください。

● 申請書提出の際に、解除希望者からの委任状と代理人の顔写真付き身分証を添えて提出してください。

代理人

氏名： ●

本人との関係： ●

住所： ●

連絡先： ●

9

(注) 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

From / Type of change / Application

Used to indicate the starting point (previous address, etc.) Select the type of registration change you are making (moving in, moving out, address change, etc.)

10

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

Application

This indicates the form is an application that requires submission

11

(備考) 代理人により申請する場合は、以下の欄に代理人の情報を記載してください。

Please / Please / Please

This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested

12

申請書提出の際に、解除希望者からの委任状と代理人の顔写真付き身分証を添えて提出してください。

Please / Please / Please

This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested

13

代氏名： Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

14

本人との関係： Relationship to applicant

Write your relationship to the main person on this form (e.g., spouse, child, parent, self)

15

人住所： Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

Generated 2026-02-19 from github.com/wkesner/japan-forms | Not an official government document

セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

代理人	住所：	連絡先：
-----	-----	------

1

連絡先： Contact Information:

Provide a phone number or address where you can be reached regarding this registration



セクション 4 — Section 4

本人確認（市記入欄）

☐ 運転免許証

☐ マイナンバーカード

☐ 在留カード

☐ その他

資格確認書			受付者	処理者	確認者
窓口	郵送	なし			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- 1

資格確認書 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 2

受付者 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 3

処理者 Processing

Staff use - processing status. Do not fill in.
- 4

確認者 Verifier

Staff use only - do not fill in
- 5

窓口 Service counter

Staff use only - indicates which counter/window processed your application
- 6

郵送 Mail/By post

Check this if you want to receive documents by mail or are submitting this form by postal mail
- 7

☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード

My Number Card / My Number Card / Driver's license

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID.

Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one



COUNTER PHRASES

Point and show these to ward office staff

FINDING THE COUNTER

すみません、国民健康保険の窓口はどこですか？

Sumimasen, kokumin kenkō hoken no madoguchi wa doko desu ka?

Excuse me, where is the National Health Insurance counter?

ENROLLING

国民健康保険に加入したいのですが

Kokumin kenkō hoken ni kanyū shitai no desu ga

I would like to enroll in National Health Insurance

CANCELLING

国民健康保険をやめたいのですが

Kokumin kenkō hoken wo yametai no desu ga

I would like to cancel my National Health Insurance

SHOWING PROOF

資格喪失証明書を持っています

Shikaku sōshitsu shōmeisho wo motteimasu

I have my Certificate of Health Insurance Loss

ASKING ABOUT PREMIUMS

保険料はいくらですか

Hokenryō wa ikura desu ka?

How much is the insurance premium?

LEFT PREVIOUS JOB

会社を辞めたので、国保に切り替えたいです

Kaisha wo yameta node, kokuho ni kirikae tai desu

I left my company and want to switch to National Health Insurance