

# 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

愛知県市町村職員共済組合 様

令和 ○年 ○月 ○日 提出

解 除 申 請 者	記号	番号	枝番	マイナポータル の健康保険証 情報に記載され ている番号を正 確に記載してく ださい。	
	○○○	○○○○	○○		
	氏名		続柄	生年月日	
	フリガナ キョウサイ イチロウ 共済 一郎		本人	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日	
連 絡 先	住所	郵便番号 ○○○-○○○○ 愛知県○○市○○町2丁目3番地			
	電話番号	052-123-1234			
<b>【留意事項】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用登録解除後は、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。</li><li>・利用登録の解除を申請した方には、共済組合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。</li><li>・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か月程度かかります。（共済組合から解除完了の通知はしません。）</li><li>・マイナンバーカードの健康保険証利用は、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。</li><li>・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。</li><li>・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き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。</li></ul> <p>私は、上記留意事項を確認し、十分理解したうえで、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>(解除を希望する理由(任意))</p> <p>○○○○○○○○○○</p> <p>氏名: 共済 一郎</p> <p>解除申請者が未成年の場合は、組合員が署名してください。</p>					

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

(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共済組合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。