

共 済 組 合 使 用 欄	保険課長	担 当	確認書作成	台 帳

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

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

解 除 申 請 者	所属機関名	〇〇市	組合員氏名	フリガナ 共済 太郎
	組合員等 記号・番号	999-99999	生年月日	昭平 62年11月5日
			解除対象者氏名	フリガナ 共済 花子
	住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	生年月日	昭平 元年 月 10日
(代理人が申請 する場合は 代理人の住所)		都道 府県	市区 町村	
連絡先(代理人が申請の場合は代理人の連絡先)		TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
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、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。				
※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。				
山口県市町村職員共済組合理事長 殿				
署名： 共済 花子 代理人の場合は解除対象者との続柄 ()				
代理人が申請する理由		代理人が申請する場合は理由を御記入してください		
(解除を希望する理由：任意)				
※ 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。				

(備考) 代理人により申請する場合は、住所と連絡先は代理人のもの、署名に代理人名と続柄を記載してください。

なお、組合員、被扶養者以外の者が代理人として申請する場合は、添付書類として続柄が確認できる書類(戸籍謄本等)を御提出ください。

また、成年後見人の場合は、登記事項証明書が必要です。

(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。