

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

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

解除申請者	組合員等 記号・番号	記号	番号	解除申請者 (フリガナ) () 氏名 生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日			
	組合員の 所属所	(解除申請者が被扶養者の場合、記入してください。) 組合員氏名					
	住所	(郵便番号 -) 都道府県 市区町村					
	電話番号	(平日昼間に連絡がつく番号を記載してください。)					
	<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申請します。 ↓ (下記の留意事項をご確認いただき、 <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、署名してください。) 【留意事項】 <ul style="list-style-type: none">・利用登録を解除すると、マイナンバーカードによる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、当組合から所属所を通じ、組合員に資格確認書を交付します。 ただし、令和6年12月1日までに交付された組合員証・組合員被扶養者証をお持ちの方は、引き続き令和7年12月1日までその証が使用できるため、資格確認書は令和7年12月1日までに当組合が職権で交付いたします。・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か月程度の時間がかかる場合があります。(当組合から解除完了の通知はしませんので、ご自身でご確認ください。) <p style="text-align: center;">署 名 :</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 60%;">(代理人の場合、記入してください。)</td><td style="width: 40%;">解除申請者との関係</td></tr><tr><td>代理人署名 :</td><td>組合員・ ()</td></tr></table>				(代理人の場合、記入してください。)	解除申請者との関係	代理人署名 :
(代理人の場合、記入してください。)	解除申請者との関係						
代理人署名 :	組合員・ ()						

解除を申請する理由 ※記入は必須ではありません。

※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えい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、代理人の氏名及び解除申請者との関係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医療保険者(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。

(共済組合使用欄)

決裁年月日				資格確認書交付		登録解除入力		受付年月日
課長	課長補佐	係長	係	入力	発行	入力	確認	

第 号