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

大分県市町村職員共済組合　　殿

令和 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員等  記号・番号 | | 記号 | | 番号 | | | | | | 組合員との続柄 |
|  | |  | | | | | |  |
| 解　除　申　請　者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　　 - 　　　　　） | | | | | | | | |
|  | 都道  府県 | |  | | | 市区町村 |  | |
|  | | | | | | | | |
| 連絡先 | （　　　　　　）　 　　 　- | | | | | | | | |
| 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、共済組合から所属所経由にて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。  　　　　　　　　申請者署名＊：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  ＊解除対象者が未成年（高校在学中の生徒含む）の場合は、組合員が署名をしてください。 | | | | | | | | |

R6.10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （解除を希望する理由）    ※　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。その際は有効期限内の資格確認書は当共済組合までご返還ください。 | | |
| 有効期限内の保険証または資格確認書をお持ちですか？ | | □　はい　　・　□　いいえ |
| 代理人 | 代理人住所  代理人氏名 | 連絡先  （ 　　　　 ） 　　 - |

（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。

共済組合受付

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

大分県市町村職員共済組合　　殿

令和 ○○年○○月○○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員等  記号・番号 | | 記号 | | 番号 | | | | | | 組合員との続柄 |
| ○○○ | | ××××× | | | | | | 子 |
| 解　除　申　請　者 | フリガナ | キヨウサイ　シヨウヘイ | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | | ○○年○○月○○日 | |
| 氏名 | 共済　翔平 | | | |
| 住所 | （郵便番号　××× - ××××　） | | | | | | | | |
| 大分 | 都道  府県 | | △△ | | | 市区町村 | ○○町××－△ | |
| 共済アパート　○○○ | | | | | | | | |
| 連絡先 | （　○○○○　）　 ×× 　-　△△△△ | | | | | | | | |
| 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、共済組合から所属所経由にて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。  共済　太郎  　　　　　　　　申請者署名＊：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  ＊解除対象者が未成年（高校在学中の生徒含む）の場合は、組合員が署名をしてください。 | | | | | | | | |

R6.10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （解除を希望する理由）  　マイナンバーカードを利用して受診しないため。  ※　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。  解除を希望する理由を記載してください。  ※　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。その際は有効期限内の資格確認書は当共済組合までご返還ください。 | | |
| 有効期限内の保険証または資格確認書をお持ちですか？ | | □　はい　　・　□　いいえ |
| 代理人 | 代理人住所  代理人氏名 | 連絡先  ✓  （ 　　　　 ） 　　 - |

（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。

代理の場合は、代理人の住所・氏名・連絡先を記入してください。（代理人の場合は委任状が必要です。）

（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。

共済組合受付