

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 〇〇年〇〇月〇〇日

組合員等 記号・番号	記号	番号		組合員との続柄	
	〇〇〇	×××××		子	
解除申請者	フリガナ	キョウサイ ショウヘイ		生年月日 昭・ 平 ・令 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	共済 翔平			
	住所	(郵便番号 ××× - ××××)			
		大分	都道府県 県	△△	市区町村 区 〇〇町××-△
		共済アパート 〇〇〇			
	連絡先	(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について	<input checked="" 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。 ※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* : <u>共済 太郎</u> *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。				

(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へアクセスすることで、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き、**解除を希望する理由を記載してください。** 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 連絡先
 代理人氏名 () -

(備考) 及び代理人の氏名
 (注) **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。)** 別の医療保険者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。