

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

課長補佐	係長	合議	主任	決裁 伺

組合員区分	1 一般	組合員等記号番号	
	2 短期		
	3 任継		

(〇〇〇 は記入しないでください。)

解除申請者	氏名		続柄	生年月日		
				昭・平・令 年 月 日		
	住所					
	郵便番号		郡市区町村名	町域名・番地	マンション名等(部屋番号含む)	

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。(申請者が有効な組合員証等又は資格確認書を有していない場合に資格確認書を交付します。)

※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か月程度時間がかかります。

署名： _____
(電話番号： _____)

- ※ 利用登録解除後の確認について
ご自身でマイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面から、利用登録が解除されたことを確認してください(当組合から解除の連絡は行いません)。
- ※ 利用登録解除後に別の医療保険者等に異動する場合について
解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。

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、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。

組合員	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千葉県市町村職員共済組合理事長 様 組合員等記号番号 _____ 組合員氏名 _____	組合受付印 
	組合員からの申請に基づき、提出します。 令和 年 月 日 所属所名 _____ 共済事務担当者氏名 _____	組合受付印 

※ 任意継続組合員については、所属所担当者欄は記入不要です。当組合に直接送付してください。

入力	・	発行日	・	解除反映確認	・
----	---	-----	---	--------	---