

- ※ 利用登録の解除日は、早くても申請を受け付けた日の翌月末となります。
- ※ 解除申請後、他支部や他の医療保険者に異動した場合は、異動後の支部又は医療保険者に対して、資格確認書の交付申請が必要です。

記入例

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

公立学校共済組合秋田支部 様

解除を希望する本人の氏名を記入してください。
 代理人が申請する場合は代理人の氏名も記入してください。

令和 ○年○○月○○日

解 除 申 請 者	フリガナ	コウリツ タロウ		生年月日	大正・昭和	
	氏名	公立 太郎			平成・令和	○○年 ○○月 ○○日
		代理人 (公立 花子)				
	住所	(郵便番号 ○○○-○○○○)				解除を希望する本人の住所
		秋田	都道府県	秋田	市区町村	
		△△△ ○丁目 ×-××				
	連絡先	電話番号	090-0000-0000			組合員証・被扶養者証に記載されている5桁または7桁の番号
			代理人の電話番号 (080-◇◇◇◇-◇◇◇◇)			
		Email	※Emailアドレスの記入は任意です。			組合員証・被扶養者証に記載されている5桁または7桁の番号
			代理人のEmail (
組合員等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	組合員等記号		番号	枝番		
	公立秋		00000	00		
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。 ※ 利きな チェックを入れてください。 カードによりオンライン ※ 利用登録の解除を申請した方には、支部から資格確認書 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 ※ 利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登 れるまで、1~2か月程度時間がかかる場合があります。					
	署名： 代筆 公立 花子				解除を希望する本人が署名してください。代理人の場合は代理人の氏名を記入し、先頭に「代筆」と加えてください。	

(解除を希望する理由)

マイナ保険証でオンライン資格確認を行うことが困難であるため。

- ※ 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。
- ※ 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) 代理人が申請する場合は、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医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請を行うようにしてください。