

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

公立学校共済組合愛媛支部長 様

解除を希望する 本人の氏名		代理人が申請する場合は、 代理人の氏名		申請書を提出する日	
フリガナ		コウリツ マナブ		提出日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
氏名	公立 学		生年月日	昭和 平成 令和 ○○ 年○○ 月○○ 日	
	代理人氏名： 公立 媛子				
住所	(郵便番号 ○○○ - ○○○○)				解除を希望する本人の 住民票上の住所
	愛媛 都道府県 松山 市区町村 △△町 ○丁目○○番○○号				
連絡先 電話番号	○○○ - ○○○○ - ○○○○				
	代理人の電話番号： ○○○ - ○○○○ - ○○○○				
組合員等記号番号・枝番 マイナンバーの下4桁 ※全て正確に記載してくだ さい。	組合員等記号番号・枝番 (記号) (番号) (枝番) 公立媛 ○○○○○○○○○ ○○		マイナンバーの下4桁		
			○ ○ ○ ○		
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	<p>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。</p> <p>※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。</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、療機関・薬局を受診等される際には、マイナポータルを利用されるまで、2か月程度時間がかかります。</p> <p>解除を希望する本人が署名してください。 代理人が申請する場合は、代理人が代理人の氏名を記入し、末尾に代筆と付記してください。</p> <p>署名： 公立 媛子 代筆 (代理人が申請する場合は、代理人が署名し末尾に代筆と付記してください。)</p>				
解除を希望する 理由	<p>マイナ保険証で受診することが困難なため</p> <p>解除を希望する理由を記入してください。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>				

- (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。なお、組合員以外が代理人として申請する場合は、対象者と代理人の関係確認が必要となる場合がありますので、あらかじめ当支部へお問い合わせください。
- ・解除申請後から解除がなされるまでの間（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。

(特記) ・対象者が有効な資格確認書を保有している場合は交付しないため、お手元の資格確認書を使用してください。