

## 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

公立学校共済組合岩手支部長 様

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和		
	氏名						
	代理人						
	住所	郵便番号 ( )					
		都道 府県		市区 町村			
	連絡先電話番号		申請者 代理人				
	組合員記号・番号等 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。		記号	番号			枝番
			公立岩	：	：	：	：
		<input 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、支部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。 ※ 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。 署名 : _____ 【代理人が申請する場合は本人との関係（続柄） : _____】					

## (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き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。

- 注1 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。また、署名欄には代理人の氏名・続柄を記載してください。
- 注2 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。
- 注3 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、自分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。