

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

公立学校共済組合神奈川支部長 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	氏名						
	住所	(郵便番号 -)					
		都道 府県		市区 町村			
	本人電話番号						
	組合員等記 号・番号	組合員等記号	番号 (6 桁)		枝番 (2 桁)		
		公立神奈川					
	所属所情報	所属所名称 (任意継続組合員は「任意継続」と記載)			所属所コード (4 桁) (任意継続組合員は記載不要)		
解除を希望する理由※							
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	■ 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: _____						

- ※ 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、氏名及び本人電話番号欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び電話番号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。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通 5-1

公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印