

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

公立学校共済組合三重支部 様

令和 年 月 日

組合員氏名		所属所名		
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	
	連絡先	電話番号		
		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 公立三重	番号 	枝番
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：_____		

(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。