

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

公立学校共済組合長野支部 殿

令和 〇 年 〇 月 〇 日

解 除 申 請 者	フリガナ	キョウサイ タロウ		生年 月 日	大正・昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	
	氏名	共済 太郎				
	住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)			申請内容に不備があった場合、申請者あてに直接ご連絡いたしますので、電話番号またはメールアドレスのどちらかを必ずご記入ください。	
		長野	都道 長野	市区町村		
		南長野	〇〇〇			
	連絡先	電話番号	〇〇〇 - XXXX - ΔΔΔΔ			
		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	
		公立長野	01234567		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	☒ 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ません。 ※利用登録の解除を申請した方には、支部から関係・薬局を受診等される際には資格確認書の交付となります。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証」の表示は、1～2か月程度時間がかかる場合があります。 申請者本人が必ず自署してください。 ※代理人が申請する場合は、代理人が申請者の氏名を記入してください。 署名： 共済 太郎				

(解除を希望する理由)

マイナ保険証を利用しないため

※ 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。