

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

公立学校共済組合新潟支部長 様

解除対象者	フリガナ		所属名	
	氏名		所属コード	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	住所	(郵便番号 -)		
		都道府県	市区町村	
	連絡先	電話番号		
	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 公立新潟	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	<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。 令和 年 月 日 署名：_____			
	説明事項(※)を御確認のうえチェックをし、署名欄は解除対象者が 自筆で氏名を記入 してください。 解除対象者が署名困難な場合は、代理人が解除対象者の氏名を記入してください。 ※利用登録の解除日は、最短でも申請を受け付けた日の翌月末となります。 ※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。			
代理人	フリガナ		続柄	電話番号
	氏名			備考

(解除を希望する理由) 説明事項(※)を御確認のうえ、解除を希望する理由を記入してください
※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、御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、御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、代理人欄に必要事項を記入してください。
 解除対象者が 18 才以上の場合は、備考欄に**代理人が申請する理由**を記入してください。

(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。

福利課受付印

入力日		係長	係員	担当
確認日				
作業依頼日				