

共済組合使用欄	
受付	審査

(任) 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

公立学校共済組合大阪支部長 様

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	組合員等記号 ・ 番号		組合員等記号	番号 (10桁)	
			公立阪		
	フリガナ				生年月日
	氏名	(組合員氏名)		昭和・平成・令和 年 月 日	
	住所		(郵便番号 —)	都道府県 市区町村	
	申請者の連絡先		電話番号	※ 平日昼間に連絡がつく番号を記載ください。	
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。 (↑以下の留意事項(※の2か所)をよく読んだ上で必ず☑をしてください。) ※利用登録解除後は、 ・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。 ・医療機関・薬局を受診等される際には、現在交付を受けている「資格確認書」を提示してください。 ・登録解除は、共済組合が申請を受け付けた日の翌月末のため、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か月程度の時間がかかります。(共済組合から解除完了の通知はしません。)			
		署 名 : _____			
解除申請者が署名ください。ただし、未成年の場合は組合員が署名ください。					

(解除を申請する理由)

- ・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。
- ・マイナンバーカードの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。

※必ず以下の内容を確認ください。

- ・本人確認できる書類(マイナンバーカードの表面の写し)を添付してください。
- ・解除申請後、他の支部や他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に対して解除申請を行った旨を申し出てください。
- ・確認事項がある場合、申請者と連絡が取れないときは組合員本人の方へ連絡させていただく場合があります。