

所属所名	
所属所コード	

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

公立学校共済組合埼玉支部長 様

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			生年月日	大正・昭和	年	月	日	
	氏名				平成・令和	年	月	日	
	住所	(郵便番号 -)			都道	市区			
					府県	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		番号		枝番				
	公立埼								

提出先 公立学校共済組合埼玉支部 資格管理担当 住所：330-0063 さいたま市浦和区高砂 3-14-21 職員会館 5階福利課内 電話：048-830-6694

申請にあたっての留意事項

- ※ 利用登録解除を申請した場合、手続きを途中で取りやめることはできません。(再度利用登録の手続きが必要となります。)
- ※ この申請書は所属所を経由せず提出が可能です。
- ※ 申請書は組合員又は被扶養者本人が作成し提出してください。
- ※ 解除対象者以外の者が申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び申請者の氏名及び連絡先を記載してください。また、この申請書と別に解除対象者と申請者の関係を確認する資料の提出を求められることがあります。
- ※ 利用登録の解除予定日は早くても申請受付日の翌月末となります。
- ※ 利用登録解除後はマイナンバーによるオンライン資格確認を行うことができなくなります。
- ※ 利用登録を解除された方には資格確認書を交付します(有効期限内の保険証等やすでに資格確認書を保有されている場合を除く)。
- ※ 利用登録解除後は医療機関・薬局を受診の際に、資格確認書又は有効期限内の保険証の提示が必要となります。
- ※ 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。(当組合で利用登録の手続きはできません。)
- ※ 利用登録を解除した後に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資格確認書の交付申請が必要となります。