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

**＜記入例＞**

公立学校共済組合東京支部　　殿

令和　*６*年*１２*月*２６*日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 解　除　申　請　者 | フリガナ | 　 コウリツ タロウ　 (コウリツ ハナコ) | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和*２１*年*１*月*３０*日 |
| 氏名 | 　公 立　太 郎　( 公立 花子 ) |
| 住所 | （郵便番号　*１６０*-*００２３*） |
| 東京 | 都道 | 新宿 | 市区 |  |
| 府県 | 町村 |
| 西新宿○－○－△ |
| 連絡先 | 電話番号 | ０７０－１２３４－５６７８　（ ０９０－８７６５－４３２１ ） |
| Email | tarou-kun@xxxx.ne.jp ( hanako-san@yyyy.ne.jp ) |
| 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 |
| 公立東京 | ０１２３４５６７ | ０３ |
| 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：　　*公 立　花 子 (法定代理人・母)*　　 |
|
|
|

|  |
| --- |
| （解除を希望する理由）　*○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○のため*　マイナ保険証利用登録の解除申請は、マイナンバーカードを持っている方がマイナ健康保険証利用登録を行った場合に、任意にその登録を解除することができるものです。**マイナンバーカードを持っていない方は、そもそも、マイナ保険証利用登録を行うことができませんので、解除の申請をする必要もありません（解除の申請をしても何も起こりません）。**　マイナンバーカードを持っていない方や、マイナンバーカードを持っていてもマイナ保険証利用登録をしていない方には、所定の発行時期に資格確認書が交付されますので御安心ください。※　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、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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所コード　　０７２９９９９

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所名　　　　新宿区立都庁小学校

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　０３　（　５３２０）△△△△

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務取扱者氏名　共済　太郎