

<記入例>

〔用紙No.解除〕

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

公立学校共済組合東京支部 殿

令和 6年 1 2月 2 6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 都道府県 新宿 市区町村				
		西新宿〇-〇-△				
	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)
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため

※ マイナンバーカードにより医療
療情報のデータに基づいたよりよ
※ マイナンバーカードの健康保険
生じることはありません。
※ なお、健康保険証の利用登録を
利用登録は、マイナポータルやセ
カードリーダーから行うことがで

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。

(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