

記入例

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

	課長	課長補佐・主幹	課員
伺			

福岡県市町村職員共済組合 殿

令和●年 ●月 ●日

解除申請者	フリガナ	キョウサイ タロウ		生年	大正・昭和			
	氏名	共済 太郎		月日	平成	7年9月5日		
	住所	(郵便番号 812 - 0044)						
		福岡	都道府県	福岡	市区町村	博多区千代4丁目1番27		
		福岡県自治会館6階						
	連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
		Email	(例)Fukuokakyosai-sikaku@aurora.oc					
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					
	777	111	00					
<input checked="" 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。								
<p>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</p> <p>必ずチェックをいれてください。</p> <p>※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</p> <p>※利用登録の解除を申請した方には、共済組合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。</p> <p>※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。</p> <p>署名： <u>共済 太郎</u></p>								

組合員:00 被扶養者:01～
※資格情報通知書(資格情報のお知らせ)の「番号」下に記載あり。

(解除を希望する理由(任意))

(例)〇〇〇〇であるため。

なぜ解除申請をするのか簡潔に記入してください。(任意)

- ※ 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、再度利用登録を行うことができます。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、申請する場合は直接共済組合宛へ送付してください。

(備考) 代理人により申請する場合は、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加入し、健康保険証の交付を受け、資格確認書の申請を行うとともに、資格確認書の申請を行うようご返却ください。

この申請書と併せて組合員証または被扶養者証を必ずご返却ください。

共済組合受付印

組合員証・被扶養者証をお持ちの方は、この申請書に添えて提出ください。

(R6.12)