

共済組合使用欄		課長	副課長	主幹	副主幹	係
起案	・					
決定	・					

共済組合使用欄	
基幹システム入力	/
中間サーバー連携	/
資格確認書交付	/

## 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

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

令和 6 年 11 月 1 日

解除を希望する者について	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 <b>1 2 3</b>	番号 <b>9 0 4 5 6</b>	枝番 <b>0 0</b>
	解除対象者氏名	<b>共済 太郎</b>	生年月日	<b>昭和</b> ・平成 <b>5 0</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1 5</b> 日 令和
	住所	(〒 <b>6 5 1</b> - <b>0 0 8 8</b> ) <b>兵庫県神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号</b>		
	電話番号	<b>0 7 8</b> - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	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 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。 ※ 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は、本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。 ※ 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。 なお、本組合から利用登録が解除されたことの連絡は行いませんので、マイナポータルにてご確認ください。		
	(解除を希望する理由(任意))	<b>マイナンバーカードを持ち歩くのが不安なため。</b>		
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 解除対象者と同じ → この欄の記載は不要です。 <input type="checkbox"/> 解除対象者と異なる → 以下の項目について記載してください。 氏名 _____ 解除対象者との関係 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 住所 〒 _____ 電話番号 _____			

(備考) 解除を希望する者と申請者が異なる(代理人による申請)の場合は、申請者欄の「解除対象者と異なる」にの上、申請者に係る氏名、住所、解除対象者との関係及び電話番号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共済組合に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。



共済組合使用欄		課長	副課長	主幹	副主幹	係
起案	・					
決定	・					

共済組合使用欄	
基幹システム入力	/
中間サーバー連携	/
資格確認書交付	/

## 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

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

令和 6 年 11 月 1 日

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
	1 2 3	9 0 4 5 6	0 2
解除対象者氏名	共済 花子	生年月日	昭和・平成 令和 3 年 7 月 20 日
住所	(〒 6 5 1 - 0 0 8 8 ) 兵庫県神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号		
電話番号	0 7 8 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
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 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。 ※ 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は、本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。 ※ 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。 なお、本組合から利用登録が解除されたことの連絡は行いませんので、マイナポータルにてご確認ください。		
(解除を希望する理由(任意))	マイナンバーカードを持ち歩くのが不安なため。		
※	※ 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。		
申請者	<input type="checkbox"/> 解除対象者と同じ → この欄の記載は不要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 解除対象者と異なる → 以下の項目について記載してください。		
氏名	共済 太郎	解除対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
住所	〒 6 5 1 - 0 0 8 8 兵庫県神戸市中央区〇〇町〇番〇号	電話番号	0 7 8 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

(備考) 解除を希望する者と申請者が異なる(代理人による申請)の場合は、申請者欄の「解除対象者と異なる」にの上、申請者に係る氏名、住所、解除対象者との関係及び電話番号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共済組合に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。

共済組合受付印