

マイナ保険証利用登録の解除について

令和6年12月2日から組合員証及び組合員被扶養者証（任意継続組合員証及び任意継続組合員被扶養者証を含む。以下「組合員証等」という。）の交付は終了し、健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード（以下「マイナ保険証」という。）を基本とする仕組みに移行しました。

他方で、マイナンバーカードの健康保険証利用登録は任意の手続であることを踏まえ、医療保険者（共済組合）への申請により、マイナ保険証利用登録解除の手続を行うことができることとされています。

つきましては、標題の件について次のとおり取り扱うこととしますので、お知らせします。

記

1 申請方法について

(1) 対象者

組合員及び被扶養者のうち、マイナ保険証利用登録の解除を希望する方

※組合員のみ又は特定の被扶養者のみを解除することもできます。

(2) 提出書類

別添様式「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」

※解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してください。また、代理人が申請する場合は、代理人署名欄に署名してください。（記入例参照）

(3) 組合員等からの提出先

各所属所共済組合担当課

※所属所で受付印を押印し、共済組合に送付してください。

※任意継続組合員は、直接、共済組合に送付していただきます。

2 マイナポータルへの反映について

毎月20日（20日が週休日・祝日の場合は前営業日）までに受け付けた申請分について、当該月の月末までに共済組合が医療保険者向け中間サーバーへ解除依頼を行います。マイナ保険証の利用登録は、当組合における受付日の翌月（受付日が21日以降の場合は受付日の翌々月）の末日に解除されます。

よって、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か月を要します。

当組合から登録が解除されたことの連絡や通知は行いませんので、ご自身でマイナポータルの『健康保険証利用登録の申込状況』画面にてご確認ください。

3 マイナ保険証の利用登録解除に伴う資格確認書の交付について

当組合でシステムへの登録が完了後、次表の区分により資格確認書を発行します。

解除対象となる組合員・被扶養者	資格確認書の発行時期
令和6年12月1日以前に資格を取得している者（有効な組合員証等を有している者）	令和7年秋頃に発行予定 ※令和7年12月1日までは現行の組合員証等を使用可能
令和6年12月2日以降に新規に資格を取得した者	マイナ保険証利用登録の解除申請を受付後に速やかに発行

※「資格確認書」は、所属所に送付します。

※任意継続組合員及びその被扶養者には当組合から直接、送付します。

4 マイナ保険証利用の再登録について

マイナ保険証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ができます。最初の登録と同様、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登録してください。

※詳しくは厚生労働省ホームページ

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html) を御参照ください。

< 担当 >

保険課資格調定係

Tel 059-253-2703

課長	課長補佐	係長	係

利用登録解除入力
資格確認書交付

共済受付印	所属所受付印

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

三重県市町村職員共済組合理事長 様

※太枠内をご記入ください。

解除申請者		組合員との続柄	組合員等記号	組合員等番号
フリガナ	生年月日			
氏名	昭和 平成 令和 年 月 日			
住所			電話番号	
〒 ー 都道府県 市区町村			ー ー	

代理人が申請する場合は記入してください。
※代理人による申請には委任状等が必要な場合がありますので、事前に共済組合にご確認ください。

代理人	解除申請者との関係	電話番号
フリガナ	組合員 その他	
氏名	[]	ー ー

【注意点】

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

※ 利用登録解除後は、マイナンバーカードでオンライン資格確認を行うことができなくなりますので、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が、組合員証等の保有者については、組合員証等の有効期限である令和7年12月1日までは資格確認書を交付しません。ただし、組合員証等の有効期限内に「資格確認書」を職権で交付します。

※ 利用登録の解除は、共済組合が解除登録をした日の翌月末日となるため、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か月を要します。（当組合から解除完了の通知はしません。）

※ 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。

※ 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。

私は、上記の注意点を確認し、十分理解したうえで、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。

署名：	申請年月日	令和 年 月 日
・ 解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してください。 ・ 代理人が申請する場合は、下記に署名してください。	解除を希望する理由（任意）	
代理人署名：	[]	

記入例 (組合員が申請する場合)

解除入力

書交付

共済受付印

所属所受付印



マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

三重県市町村職員共済組合理事長 様

※太枠内をご記入ください。

所属所受付印を押印してください。

解除申請者		組合員との続柄	組合員等記号	組合員等番号
フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日		
氏名	共済 太郎	昭和 50 年 3 月 3 日 平成 令和	本人	4 5 6 7 8 9
住所			電話番号	
〒510-0393 三重 都道府県 津 市区町村 河芸町浜田808 グランコートA			090 - 9999 - 9999	

代理人が申請する場合は記入してください。

※代理人による申請には委任状等が必要な場合がありますので、事前に共済組合にご確認ください。

代理人	解除申請者との関係	電話番号
フリガナ	組合員 その他	
氏名		- -

【注意点】

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

- ※ 利用登録解除後は、マイナンバーカードでオンライン資格確認を行うことができなくなりますので、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が、組合員証等の保有者については、組合員証等の有効期限である令和7年12月1日までは資格確認書を交付しません。ただし、組合員証等の有効期限内に「資格確認書」を職権で交付します。
- ※ 利用登録の解除は、共済組合が解除登録をした日の翌月末日となるため、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か月を要します。(当組合から解除完了の通知はしません。)
- ※ 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。
- ※ 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。

私は、上記の注意点を確認し、十分理解したうえで、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。

組合員が署名してください。

署名： 共済 太郎

- ・解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してください。
- ・代理人が申請する場合は、下記に署名してください。

代理人署名：

申請年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
-------	-------------------

解除を希望する理由（任意）

△△△△△△△△△△△△△△△△

記入例 (解除申請者が未成年の場合)

共済受付印	所属所受付印
	共済市 ××.12.4 受付印

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

三重県市町村職員共済組合理事長 様

※太枠内をご記入ください。

所属所受付印を押印してください。

解除申請者		組合員との続柄	組合員等記号	組合員等番号
フリガナ キョウサイ ハナコ	生年月日 昭和 30 年 2 月 3 日 平成 令和	長女	4 5 6	7 8 9
氏名 共済 花子				
住所			電話番号	
〒510-0393 三重 都道府県 津 市区町村 河芸町浜田808 グランコートA			090-9999-9999	

代理人が申請する場合は記入してください。

※代理人による申請には委任状等が必要な場合がありますので、事前に共済組合にご確認ください。

代理人	解除申請者との関係	電話番号
フリガナ	組合員 その他	
氏名		- -

【注意点】

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

- ※ 利用登録解除後は、マイナンバーカードでオンライン資格確認を行うことができなくなりますので、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が、組合員証等の保有者については、組合員証等の有効期限である令和7年12月1日までは資格確認書を交付しません。ただし、組合員証等の有効期限内に「資格確認書」を職権で交付します。
- ※ 利用登録の解除は、共済組合が解除登録をした日の翌月末日となるため、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か月を要します。(当組合から解除完了の通知はしません。)
- ※ 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。
- ※ 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。

私は、上記の注意点を確認し、十

解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してくだ

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を

署名： 共済 太郎

- ・解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してください。
- ・代理人が申請する場合は、下記に署名してください。

代理人署名：

申請年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
-------	-------------------

解除を希望する理由（任意）

△△△△△△△△△△△△△△△△

記入例 (代理人が申請する場合)

解除入力

認書交付

共済受付印

所属所受付印



マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請

三重県市町村職員共済組合理事長 様

※太枠内をご記入ください。

所属所受付印を押印してください。

解除申請者		組合員との続柄	組合員等記号	組合員等番号
フリガナ キョウサイ トシコ	生年月日 昭和 27 5 3 平成 年 月 日 令和	母	4 5 6	7 8 9
氏名 共済 トシ子				
住所 〒162-0836 東京 都道府県 新宿 市区町村 ロイヤルコート456			電話番号 090 - 9999 - 9999	

代理人が申請する場合は記入してください。

※代理人による申請には委任状等が必要な場合がありますので、事前に共済組合にご確認ください。

代理人	解除申請者との関係	電話番号
フリガナ	組合員 その他	
氏名 鈴木 次郎	次男	090 - 1111 - 1111

【注意点】

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

- ※ 利用登録解除後は、マイナンバーカードでオンライン資格確認を行うことができなくなりますので、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が、組合員証等の保有者については、組合員証等の有効期限である令和7年12月1日までは資格確認書を交付しません。ただし、組合員証等の有効期限内に「資格確認書」を職権で交付します。
- ※ 利用登録の解除は、共済組合が解除登録をした日の翌月末日となるため、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か月を要します。(当組合から解除完了の通知はしません。)
- ※ 解除申請後から解除がなされるまでの間に、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。
- ※ 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が

私は、上記の注意点を確認し、十分
申請します。

の解除を

署名：

- ・解除対象者が未成年の場合は、組合員が署名してください。
- ・代理人が申請する場合は、下記に署名してください。

代理人署名： 鈴木 次郎

申請年月日	令和 年 月 日
-------	-------------

解除を希望する理由（任意）

△△△△△△△△△△△△△△△△