

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。

※ 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)

入力	共済受付印	所属所受付印
交付		<div>共済市 ××.12.4 受付印</div>

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 昭和 50 年 3 月 3 日 平成 令和	本人	4 5 6	7 8 9 7
氏名 共済 太郎				
住所			電話番号	
〒510-0393				
三重 都道府県 津 市区町村 河芸町浜田 8 0 8 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。
- ※ 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 (被扶養者が申請する場合)

共済受付印	所属所受付印
	<div>共済市 ××.12.4 受付印</div>

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 50 年 3 月 3 日 平成 令和	配偶者	4 5 6	7 8 9 7
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 8 0 8 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。
- ※ 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。

解除対象者が成年の場合は、被扶養者が署名してください。

署名： 共済 花子	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 (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	ミエコ	生年月日	長女	4	5	6	7	8	9	7
氏名	共済	三重子	昭和 平成 令和								
住所				電話番号							
〒510-0393				090 - 9999 - 9999							
三重 都道府県 津 市区町村 河芸町浜田808 グランコートA											

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。
- ※ 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さい。

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)

除入力

交付

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 トシコ	生年月日 昭和 27 年 5 月 3 日 平成 令和	母	4 5 6	7 8 9 7
氏名 共済 トシ子				
住所			電話番号	
〒162-0836				
東京 都道府県 新宿 市区町村 ロイヤルコート 4 5 6			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。
- ※ 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。

代理人が自書してください。

※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。

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）

△△△△△△△△△△△△△△△△