

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 昭和 平成 令和 年 月 日			
氏名				
住所		電話番号		
〒	都道府県	市区町村	—	

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。

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
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 氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日 昭和 平成 令和 50 年 3 月 3 日	本人	4 5 6 7 8 9 7
住所 〒510-0393		電話番号		
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。

※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 フリガナ 氏名	解除申請者との関係 組合員 その他 〔 〕	電話番号 — —
-------------------	-----------------------------	-------------

【注意点】

【主な点】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、自分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

申請年月日	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----	----------------------	----------------------	----------------------

- 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 (被扶養者が申請する場合)

共済受付印

所属所受付印

共済市
××.12
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

所属所受付印を押印してください。

※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	キヨウサイ ハナコ	生年月日 昭和 平成 令和	50 年	3 月	3 日	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。

※代理申請による場合は、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】

【主な点】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、自分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：共濟 花子

令和
申請年月日 ○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

所属所受付印を押印してください。

※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 氏名	キヨウサイ ミエコ 共済 三重子	生年月日 昭和 平成 令和 30年 2月 3日	長女	4 5 6 7 8 9 7
住所 〒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		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 氏名	組合員 その他 []	— —

【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、**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。**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： 共済 太郎

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 (代理人が申請する場合)

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 氏名	キヨウサイ トシコ 共済 トシ子	生年月日 昭和 平成 令和 27年 5月 3日	母	4 5 6 7 8 9 7
住所 〒162-0836		電話番号		
東京 都道 府県	新宿 市区 町村	ロイヤルコート456	090	- 9999 - 9999

代理人が申請する場合は記入してください。

ご確認ください。
事前に共済組合に申請する場合は、必要な場合がありますので、
申請する場合は、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 氏名 鈴木 次郎	組合員 その他 〔 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、自分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、事前に弁護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。

申請年月日 令和 年 月 日

解除を希望する理由（任意）

代理人署名： 鈴木 次郎

