

決裁欄	事務局次長	係長	係員	決裁年月日	令和 年 月 日
				利用解除 登録年月日	日
				解除年月日	令和 年 月 日

記入見本

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

大阪市職員共済組合理事長 あて

令和 〇 年 〇 月 〇 日

解除対象者	フリガナ	キョウサイ ハナコ			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	氏名	共済 花子					
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	住所	〒 999 — 9999 ※住民票の住所を記載してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold; margin-left: 10px;">解除対象者のマイナンバーカードに記載されている住所を記載してください。</div>					
	被保険者等記号・番号 <small>※枝番を含め、全て正確に記載してください。</small>	記号	1	番号	1 2 3 4 5 6 7	枝番	0 1
		※ 利用登録を解除すると、マイナンバーカードが廃止になります。 ※ 利用登録の解除を申請した方には、大阪市職員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。 ※ 利用登録解除後、マイナポータル上のマイナIDが利用できなくなるまで、1～2か月程度時間がかかります。					
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">マイナポータル上の健康保険証情報に記載されている番号を正確に記載してください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">組合員又は解除を希望される本人がご申請ください。</div>					
申請者		氏名	共済 太郎				
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 解除対象者と同じ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">申請者と解除対象者の住所が異なる場合は、申請者の住所を記載してください。</div>				
		連絡先	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
			Eメール	t-kyousai@〇〇.〇〇.jp			
		解除対象者との続柄		<input type="checkbox"/> 本人		<input checked="" type="checkbox"/> 続柄 (妻)	
(解除を希望する理由) <div style="color: red; font-weight: bold;">例：病院の受診に介助を必要とすることから資格確認書の交付を希望するため。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold; text-align: center; margin-top: 10px;">解除を希望する理由を具体的に記載してください。</div>							
※ マイナンバーカードにより医療機関を受診する際に、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。 ※ 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き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。							

(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医療保険者等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。

