

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

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 組合員記号番号  |   | 組合員氏名  |  |
| 999 - 123456   |   | 共済 太郎  |  |
| 生年月日   |   | 電話番号   | <input type="checkbox"/> 代理申請する場合  |
| 昭和45年6月7日  |   | 098-XXXX-XXXX  | ※委任状（任意様式）を提出してください。   |
| 住所   | 〒 [ 900 - 8566 ]                          |  |  |
|  | 那覇市〇〇番地〇〇                                 |  |  |
| 解除対象者  | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（下記の続柄と被扶養者氏名へ記入してください。） |  |
|  | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名  |
|  | 妻   | 共済 花子  |  |
|  | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名  |
|  | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名  |
|  | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名  |
| 解除を希望する理由 <span style="float: right;">(例) マイナンバーカードを紛失したため</span>  |   |  |  |
| ※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。<br>※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。<br>※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用等登録の手続きを行うことは可能です。<br>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。 |   |  |  |
| 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。<br>※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。<br>※利用登録の解除を申請した方には、共済組合より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。<br>※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。         |   |  |  |
| 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿<br>令和 〇 年 〇 月 〇 日<br>署名： <span style="float: right;">共済 太郎</span>  |   |  | 共済組合受付印<br><div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> |

赤文字は必須記入項目となりますので、漏れがないよう記入してください。

二重線の枠内の項目は組合員の情報を記入してください。

解除対象者の項目については、マイナ保険証の利用登録解除する者を記入してください。

枝番はマイナポータルにて確認し記入してください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

|              |   |  |   |
|--------------|---|--|---|
| 組合員記号番号      |   | 組合員氏名  |   |
| 999 - 123456 |   | 共済 太朗  |   |
| 生年月日         |   | 電話番号   | <input checked="" type="checkbox"/> 代理申請する場合  |
| 昭和45年6月7日    |   | 098-XXXX-XXXX  | ※委任状（任意様式）を提出してください。                          |
| 住所           | 〒 [ 900 - 8566 ]                          |  | 代理人の <input type="checkbox"/> にチェックを記入してください。 |
|              | 那覇市〇〇番地〇〇                                 |  |   |
| 解除対象者        | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（下記の続柄と被扶養者氏名へ記入してください。） |   |
|              | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名                                     |
|              | 妻   | 共済 花子  |   |
|              | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名                                     |
|              | 続柄  | 被扶養者氏名   | 続柄 被扶養者氏名                                     |

解除を希望する理由 (例) マイナンバーカードを紛失したため

**赤文字は必須記入項目**となりますので、漏れがないよう記入してください。  
 二重線の枠内の項目について、電話番号は**代理人の電話番号**を記入し、電話番号以外の項目は組合員の情報を記入してください。  
 解除対象者の項目については、マイナ保険証の利用登録解除する者を記入してください。  
**枝番**はマイナポータルにて確認し記入してください。

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。  
 ※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には、共済組合より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。

沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿  
 令和 〇 年 〇 月 〇 日

署名： **組合 園子（代理）**

共済組合受付印

署名は、代理人となります。

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。

## 様式例

これは記載例であり、この様式によらない委任状であっても委任者から代理人への委任が確認できれば有効です。

# 委任状

令和6年11月11日

沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿

委任者

住所 那覇市旭町1 1 6番地37

氏名 共済 太郎

下記のとおり代理人と定め、下記のとおり権限を委任します。

記

- 代理人  
共済 次郎
- 委任者と代理人との関係  
弟
- 代理人連絡先  
098-XXXX-XXXX
- 委任する事項  
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

### 添付書類

- 代理人としての資格が確認できる書類  
戸籍謄本、法定代理人であることを証明する書類など
- 代理人の本人確認できる書類  
免許証、マイナンバーカード、パスポートなどの写し（本人確認に必要な面）
- その他  
共済組合が求める書類