

課長	係長	係

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

北海道都市職員共済組合 殿

令和 年 月 日

解 除 申 請 者	フリガナ			
	氏名 (解除者本人)	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 年 月 日		
	住所	(郵便番号)		
	組合員等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。	組合員等記号	番号	枝番
		北都市		
	解除を希望する理由(任意)			
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の確認事項 ※必ずお読みください。	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ※令和6年12月1日以前に当組合から健康保険証を発行されている方については、令和7年12月1日まで(1年間)有効ですので、そのままご利用ください。 ・共済組合から利用登録解除完了の通知は行いませんので、ご本人がマイナポータルの「健康保険証利用登録の申込情報」にて確認してください。なお、マイナポータル上の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。 ・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。 ・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。 <p><input type="checkbox"/> 上記について確認のうえ申請します。</p>			
フリガナ				
組合員氏名				
令和 年 月 日	上記の通り相違ありません			
所属所長	職名			
	氏名			