

提出方法については、裏面に記載があります。よく読んで正しく提出をしてください。

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

新潟県市町村職員共済組合 御中

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------------------|------|----------|
| 世帯全員の解除登録をする場合でも、この解除申請書は一人一枚ずつの提出が必要です。 | 解除登録をする人 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 |
| | | 氏名 | | | 年 月 日 |
| | | 住所 | (郵便番号 -) 都道 府県 市区 町村 | | |
| | | 連絡先 | 電話番号 Email | | |
| | | 組合員等記号・番号 | (記号) | (番号) | |
| <p>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。 あわせて、資格確認書の発行を申請します。</p> <p>署名 : 印 (本人による自署の場合は、押印不要)</p> | | | | | |
| 利用登録の解除を希望する理由（任意記載事項） | | | | | |
| 代理人による 申請をする 場合の記入欄 | 代理人の氏名 | (解除申請者との関係 :) | | | |
| | 代理人の住所 | | | | |
| | 代理人の連絡先 (電話番号) (E-MAIL) | | | | |
| <p>◆ 利用登録の解除に関する説明</p> <p>① 利用登録の解除後は、当共済組合が別途交付する「資格確認書」を医療機関等の窓口に提出することで、従来どおり受診することができます。</p> <p>② 利用登録の解除を希望する理由については、任意記載事項です。記載をしないことや記載内容を理由として不利益を受けることはありません。</p> <p>③ 利用登録の解除申請後は、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面にその旨が反映されるまで2か月程度の期間を要します。その間に加入する医療保険制度が変わった場合は、新たに加入した医療保険制度において、再度資格確認書の申請を行ってください。</p> <p>④ マイナ保険証の再登録を行う場合は、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で行ってください。当共済組合では、利用登録を受け付けることはできません。</p> <p>⑤ マイナ保険証における電子証明書の有効期限切れなどの理由により、既にマイナ保険証の利用登録が解除されている人は、この解除申請書を提出することはできません。不明な場合は、あらかじめマイナポータルで確認をしてください。</p> <p>◆ 代理人による申請を行う場合の注意点</p> <p>代理人により申請する場合は、「代理人による申請を行う場合の記入欄」に、代理人の氏名、住所及び連絡先を記入してください。</p> | | | | | |

マイナポータルへのアクセスはこちらから



共済組合受付印

| 決裁 | | 資格確認書発行処理 | | | 利用登録解除処理 | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|------|-----|----------|-----|----|
| 課長 | 係長 | 係 | 検認 | 発行日 | 作業者 | 作業日 | 再鑑 |
| | | | | | | | |
| 【発送先チェック】 <input type="checkbox"/> 自宅（ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 特定記録） | | | □所属所 | | | | |

【提出方法に関する説明】

この解除申請書は、以下のいずれかの方法により提出をしてください。
電子メールやFAXによる申請は、受け付けることができません。

1 当共済組合に直接提出をする場合

以下に掲げる2点を、当共済組合に郵送してください。

- i この解除申請書
- ii 宛先（自宅の住所）を明記し、110円分の切手（※）を貼付した返信用封筒（定型内）

（※）特定記録郵便による資格確認書の送付を希望する場合は、320円分の切手

マイナ保険証の利用登録の解除後、「資格確認書」については、同封していただいた返信用封筒で自宅宛てお送りします。

ただし、以下のいずれかに該当するときは、「資格確認書」の自宅宛て送付は行いません。組合員の勤務先（所属所）を通じて送付します。

- ・返信用封筒が同封されていないとき。
- ・返信用封筒に宛先（返信先）が明記されていないとき。
- ・返信用封筒に切手が貼付されていないとき。
- ・返信用封筒に貼付された切手の金額が、必要な郵便料金分に満たないとき（不足しているとき）。

2 組合員の勤務先（所属所）を通じて提出をする場合

組合員の勤務先（所属所）の市町村共済事務担当者に、この解除申請書を提出してください。

マイナ保険証の利用登録の解除後、「資格確認書」については、組合員の勤務先（所属所）を通じて交付します。

郵送による場合の提出先

〒950-8551

新潟県新潟市中央区新光町4番地1 新潟県自治会館内
新潟県市町村職員共済組合保険課 マイナ保険証担当 宛て