

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

京都市町村職員共済組合理事長 様

解除申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	氏名					
	住所	(郵便番号 - )				
		都道府県	市区町村			
	連絡先	電話番号 ( - - )				
	組合員等記号・番号	記号	番号	枝番		
※枝番について、不明の場合は空欄で構いません。						
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 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。 ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> チェックマークを記入してください。 ) ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードにより医療機関を受診できなくなります。 ※利用登録の解除後、令和7年12月1日まで有効な現行の組合員証等をお持ちでない組合員等については、「資格確認書」を所属所共済組合事務担当課経由で交付します。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、本組合あ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。  年 月 日 署名： _____					
(解除を希望する理由(任意))						

代理人により申請する場合は以下をご記入ください。

代理人氏名		解除申請者との続柄	
電話番号			

【共済組合処理欄】

	課長	係長	主任	副主任
決裁				
※				

