

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

(あて先) 仙台市職員共済組合 理事長

令和 年 月 日

申請者 (組合員)	(フリガナ)				生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日						
	氏 名											
	所属所 (課) または 住 所				電 話 番 号							
	組合員記号		仙市	・ 仙市任継		番 号						
解除対象者	枝番	組合員氏名 または 被扶養者氏名				生年月日						
						昭和・平成・令和		年 月 日				
						昭和・平成・令和		年 月 日				
						昭和・平成・令和		年 月 日				
申請にあたっての注意事項 (ご確認ください、チェック☑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で、組合員証等をお持ちでない方には、令和6年12月2日以降、資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診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 (文書等での通知はありません。ご自身でマイナポータルをご確認ください。)。											
☐	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、自身が当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。											
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。												
署名												
解除を希望する理由 (任意)												

共済組合 使用欄	処理 確認	☐ 利用登録解除		処 理	受 付	入 力	確 認	共済組合受付印
		☐ 資格確認書の (再) 発行						
			事務局長	次 長	係 長	担 当		
		決 裁						

委任状

代理人申請者	氏 名	(フリガナ)	生 月 年 日	昭和 平成 令和	年 月 日	
		印				
	住 所					
電話番号						

私は、上記の者を代理人と定め、私のマイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請に関する一切の事務につき委任します。

解除希望委任者	氏 名	(フリガナ)	生 月 年 日	昭和 平成 令和	年 月 日
		印			
	住 所				
電話番号					

※ 自署の場合は押印不要。

共済組合受付印