

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。

被保険者証番号		申請日	令和 年 月 日
氏 名	続柄	性別	生年月日
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()

上記のとおり資格確認書の交付を申請します。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 〒 _____

診療所名 _____

氏名 _____ (印)

第3種組合員 自宅住所 〒 _____
(本人)

(TEL - -)

氏名 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明

1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない
2. マイナンバーカードを返納する予定である
3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である
4. その他

※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください

交付・訂正日	異動 整理簿	データ入力日	事務長	次 長	係 員	被保険者証利用登録	有 ・ 無
						電子証明書	有効 ・ 無効
						発行物	資格情報のお知らせ 資格確認書