

# 国民健康保険 資格確認書交付申請書

理事長	専務理事	事務長	課長	担当者

被保険者の記号番号		職		-					所属支部	支部	
組合員	住所								性別	男	女
	氏名								電話番号	( )	
	個人番号										
交付を希望する被保険者氏名								組合員との続柄	性別	生年月日	申請理由
1	(氏)	(名)							男	昭 平 令	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号							女			
2	(氏)	(名)							男	昭 平 令	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号							女			
3	(氏)	(名)							男	昭 平 令	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号							女			
4	(氏)	(名)							男	昭 平 令	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	個人番号							女			

(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明

- 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
- マイナンバーカードを返納する予定である
- 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
- 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

(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

令和 年 月 日

組合員氏名

Ⓜ

この申請を適正と認め進達します。

支部長氏名

Ⓜ

京都府建設業職別連合国民健康保険組合理事長 殿