

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険 資格確認書交付申請書

被保険者番号 組合員証の番号		枝番	
交付を 希望する 被保険者	1	氏名	生年月日 年 月 日
		個人番号 (マイナンバー)	続柄
		申請理由	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )
	2	氏名	生年月日 年 月 日
		個人番号 (マイナンバー)	続柄
		申請理由	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )
	3	氏名	生年月日 年 月 日
		個人番号 (マイナンバー)	続柄
		申請理由	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )
	4	氏名	生年月日 年 月 日
		個人番号 (マイナンバー)	続柄
		申請理由	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )
申請理由	<b>【記載上の注意】申請理由欄の補足説明</b> 1 紛失 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 カード返納 マイナンバーカードを返納する予定である 3 介助 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介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 括弧内に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してください		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 (准)組合員 個人番号(マイナンバー) <input type="text"/> 氏名 <span style="float: right;">印</span>			
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿			

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健康保険証としての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。

(准)組合員本人以外の者(代理人)が直接組合に持参されるときは、下記の委任欄にご記入ください。来られる方は身分証明書をご持参ください。

【委任欄】	私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。	日付	令和 年 月 日
受任者 (代理人)	印	委任者 (組合員)	印