

国民健康保険 資格確認書交付申請書

記号番号	
------	--

枝番	交付を希望する者の氏名	性別	組合員との続柄	生年月日	申請理由 (該当するものに○をつけてください)
		男 ・ 女		昭・平・令 ・	1. カード紛失または更新中 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他()
		男 ・ 女		昭・平・令 ・	1. カード紛失または更新中 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他()
		男 ・ 女		昭・平・令 ・	1. カード紛失または更新中 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他()
申請理由の補足説明	<p>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</p> <p>2. マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>《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。</p>				
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
組合員 住所 (申請者) 氏名 ⑩					
静岡市食品国民健康保険組合 殿					
(窓口にて交付を受け取る者が上記組合員以外の場合) ※郵送にて交付を受け取る場合には記入不要です					
受取人 氏名					
(組合員との続柄:)					
※受取人の顔写真付き身分証明書の写しを添付すること					
資格確認書 交付方法	郵送希望	自宅へ・店へ・他() / 普通郵便・書留			窓口受取り希望

※太枠内を記入してください

《事務処理欄》

交付日	
-----	--

台帳記入	理事長	役員	事務局長	担当者	受付

