

# 国民健康保険 資格確認書交付申請書

栃木県医師国民健康保険組合理事長 様

申請日 年 月 日

被保険者 記号番号	記号		番号	
フリガナ				生年月日
組合員氏名 (申請者)				1. 昭和 2. 平成 3. 令和
個人番号	年 月 日			
被保険者住所	〒 -			

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

交付希望対象者（申請者との続柄）	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (申請者本人の資格確認書交付を申請する場合は□内にチェック)			(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	個人番号				
	フリガナ			続柄	(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	家族氏名				
	個人番号				
	フリガナ			続柄	(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	家族氏名				
	個人番号				
	フリガナ			続柄	(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	家族氏名				
	個人番号				
	フリガナ			続柄	(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	家族氏名				
	個人番号				
	フリガナ			続柄	(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他:
	家族氏名				
個人番号					

(備考)

【1】マイナ保険証をお持ちでない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、この申請は必要ありません。

【2】申請理由欄の説明

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してください