

事務局使用欄

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

発行日	受付日
/	

国民健康保険資格確認書交付申請書

●申請する組合員

記号・番号	組合員氏名	生年月日
・	ㄗㄗㄗ	昭和 平成 年 月 日

●交付する対象者

□ 組合員	申請の理由 ※詳細は下記補足説明に記載
	<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 ()

□ 家 族	氏 名	生年月日			申請の理由 ※詳細は下記補足説明に記載	
		ㄗㄗㄗ	昭和	年	月	日
		平成				
		令和				
ㄗㄗㄗ		昭和	年	月	日	
		平成				<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 ()
		令和				
	ㄗㄗㄗ	昭和	年	月	日	
		平成				
		令和				<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 ()
	ㄗㄗㄗ	昭和	年	月	日	
		平成				
		令和				

一申請理由欄の補足説明一

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ため
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)

※1 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。

※2 有効期間中の被保険者証をお持ちの方には有効期限の1か月程度前までに資格確認書を交付いたします。交付までの間は被保険者証を使用してください。

上記のとおり届出いたします。

長野県医師国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日
記号番号：【 - 】

氏 名：