

# 国民健康保険 資格確認書交付申請書

宮城県医師国民健康保険組合 御中

令和 年 月 日

申請 組 合 員	記号	宮医	番号	A						枝番	
	フリガナ							生年 月日	昭・平・令		
	氏名								年 月 日		
	組合員 種別	1:第1種、2:第2種		個人番号							
連絡先	〒 _____ Tel _____										
代理人申請の場合	代理人氏名			連絡先	〒 _____						
	組合員との関係				Tel _____						

※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要となります。

**↓ここから下の太枠内は、交付を希望する方について記入してください。**

連絡先	<input type="checkbox"/> 同上	〒 _____ Tel _____									
1	フリガナ							(申請理由)			
	氏名			1:男 2:女		1:紛失、2:カード返納、3、介助 4:その他 (					
	生年月日	年 月 日		個人番号							
2	フリガナ							(申請理由)			
	氏名			1:男 2:女		1:紛失、2:カード返納、3、介助 4:その他 (					
	生年月日	年 月 日		個人番号							
3	フリガナ							(申請理由)			
	氏名			1:男 2:女		1:紛失、2:カード返納、3、介助 4:その他 (					
	生年月日	年 月 日		個人番号							
4	フリガナ							(申請理由)			
	氏名			1:男 2:女		1:紛失、2:カード返納、3、介助 4:その他 (					
	生年月日	年 月 日		個人番号							
申請理由の説明	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出来ない事情を具体的に記載ください。										

組合 処 理 欄	カード返納・失効	電子証明書期限切れ	その他	確認書交付
	確認日 月 日	確認日 月 日	確認日 月 日	交付日 月 日
	担当・備考	担当・備考	担当・備考	国保・医師会・郵送
				担当者

受付