

国民健康保険 資格情報通知書交付申請書

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	〒 _____ Tel _____										
	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。

※下記の者のマイナンバーカードに健康保険証利用申し込み等をしたので、資格情報通知書の交付を申請いたします。

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:マイナンバーカードに健康保険証利用申し込みをした。 2: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:マイナンバーカードに健康保険証利用申し込みをした。 2: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:マイナンバーカードに健康保険証利用申し込みをした。 2:その他(
	生年月日	年 月 日						個人番号							
備考	申請理由の事例 <input type="checkbox"/> 有効期限の切れたマイナンバーカードを再度発行した。 <input type="checkbox"/> 有効期限が切れて3か月以上経過した電子証明書を、新たに取得した。 <input type="checkbox"/> 返納したマイナンバーカードを再度発行し、健康保険料利用申し込みをした。														

組合 処 理 欄	新規利用申込	電子証明書再開	その他	情報通知書交付
	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