

国民健康保険 資格確認書交付申請書

決 裁	事務長	次 長	課 長	担 当

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長殿 次のとおり申請します。

申請日	年 月 日							
組 合 員	フリガナ		記号	番 号				枝 番
	氏 名		3 2					
申 請 者	フリガナ		電 話	— —				
	氏 名							
	住 所	〒 —						
組合員からみた関係		<input type="checkbox"/> 組合員本人		<input type="checkbox"/> 家族(続柄)		<input type="checkbox"/> 代理人※1		

(※1 代理人が申請する場合は、裏面の委任状にご記入ください。)

※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。

住 所	<input type="checkbox"/> 同上						
1	(フリガナ)						《申請理由》 ※該当する理由に○印を付けてください 1. カード返納 2. 介助 3. カード紛失・更新中 4. その他() (個人番号)
	氏 名	男・女					
	生年月日	年 月 日					
2	(フリガナ)						《申請理由》 ※該当する理由に○印を付けてください 1. カード返納 2. 介助 3. カード紛失・更新中 4. その他() (個人番号)
	氏 名	男・女					
	生年月日	年 月 日					
3	(フリガナ)						《申請理由》 ※該当する理由に○印を付けてください 1. カード返納 2. 介助 3. カード紛失・更新中 4. その他() (個人番号)
	氏 名	男・女					
	生年月日	年 月 日					
4	(フリガナ)						《申請理由》 ※該当する理由に○印を付けてください 1. カード返納 2. 介助 3. カード紛失・更新中 4. その他() (個人番号)
	氏 名	男・女					
	生年月日	年 月 日					
(記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明	<p>1. マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p>2. 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>3. マイナンバーカードを紛失した、または更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない ⇒ 有効期限は3か月となります</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。 ・マイナンバーカードを紛失された場合、お住いの市区町村へ再交付の申請を行ってください。 ・有効期限を迎えた資格確認書は、ご自身で破棄してください。</p>						

委任状

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

私 _____ は、 _____ を代理人

と定め、下記の事項を委任しました。

記

・委任内容

資格確認書の申請に関すること

以 上

令和 年 月 日

(委任する方本人の住所)

〒 _____

(代理人の方の住所)

〒 _____

(委任する方本人の氏名) ※委任者本人が自署してください
