

交付	入力

国民健康保険資格確認書交付申請書

島根県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和 年 月 日

組合員	被保険者番号																
	氏名								生年月日	昭・平・令			年	月	日		
	個人番号														電話番号	-	-
	住所	〒															

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

本人	(フリガナ)														申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード紛失
	氏名								枝番		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード返却		
	個人番号														任意記載事項を	<input type="checkbox"/> 希望する
	生年月日	昭・平・令			年	月	日	<input type="checkbox"/> 希望しない								
家族1	(フリガナ)														申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード紛失
	氏名								枝番		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード返却		
	個人番号														任意記載事項を	<input type="checkbox"/> 希望する
	生年月日	昭・平・令			年	月	日	<input type="checkbox"/> 希望しない								
家族2	(フリガナ)														申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード紛失
	氏名								枝番		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード返却		
	個人番号														任意記載事項を	<input type="checkbox"/> 希望する
	生年月日	昭・平・令			年	月	日	<input type="checkbox"/> 希望しない								

- 「任意記載事項」の記載を希望する方は、この申請書を提出してください。
- 任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。任意記載事項を記載することで、別途、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要がなくなります。
- 申請理由については、以下から当てはまるものを選択してください。

マイナンバーカード紛失	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
マイナンバーカード返納	マイナンバーカードを返納する予定である
介助	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
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られない事情を具体的に記載