

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	課 長	係 長	主 任 担 当 者

国民健康保険 資格確認書交付申請書

記号番号	建国●● - ●●●●●● (●●)	支 部 名	●●支部
------	--------------------	-------	------

氏 名	性別	生 年 月 日	申 請 理 由
		個 人 番 号	
大建 太郎	男	昭和●●年 ●●月 ●●日	① 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女	(記入不要)	
大建 花子	男	平成●●年 ●●月 ●●日	① 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女	(記入不要)	
	男	年 月 日	1 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女		
	男	年 月 日	1 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女		
	男	年 月 日	1 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女		
	男	年 月 日	1 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()
	女		

交付希望者

上記のとおり、資格確認書の交付を申請いたします。

令和● 年 ● 月 ● 日

住 所 大阪市●●区●● ●丁目●-●

申 請 者

氏 名 大建 太郎

印

大阪建設国民健康保険組合理事長 殿

省略可

(記載上の注意)
申請理由蘭の
補足説明

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がない
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書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できない事情を具体的に記載ください
5. 有効期限(3ヶ月)を超えて必要な場合は再度申請してください

(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。