

常務理事	事務長	次長	係	交付日

国民健康保険 資格情報のお知らせ交付申請書

静岡県医師国民健康保険組合 御中

交付希望者	記号番号		9				申請日	令和	年	月	日		
	1	フリガナ						申請理由	1. マイナンバーカードの保険証利用登録をした 2. その他 ()				
		氏名											
		生年月日	昭平令	年	月	日	年齢						
	2	フリガナ						申請理由	1. マイナンバーカードの保険証利用登録をした 2. その他 ()				
		氏名											
		生年月日	昭平令	年	月	日	年齢						
	3	フリガナ						申請理由	1. マイナンバーカードの保険証利用登録をした 2. その他 ()				
		氏名											
		生年月日	昭平令	年	月	日	年齢						
	4	フリガナ						申請理由	1. マイナンバーカードの保険証利用登録をした 2. その他 ()				
		氏名											
生年月日		昭平令	年	月	日	年齢	マイナンバー (個人番号)						

(組合員)申請者	氏名						マイナンバー (個人番号)					
	住所	〒 -										
	連絡先 電話番号	- -										

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	氏名 (事務所名)						担当者	
-----------------------	--------------	--	--	--	--	--	-----	--

【申請理由欄の補足説明】

1. マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行った
2. 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る状況になった事情を具体的に記入してください