様式第３２号　　受　付

| 常務理事 | 事務長 | 次長 | 係 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 確認書交付日 |
|---|
| |

# 国民健康保険　資格確認書交付申請書

**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紛失<br>2．マイナンバーカード返納<br>3．介助<br>4．その他（　） |
| | | 氏　名 | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　年　月　日 | 年齢 | | マイナンバー（個人番号） | |
| | 2 | フリガナ | | | | 申請理由 | 1．マイナンバーカード紛失<br>2．マイナンバーカード返納<br>3．介助<br>4．その他（　） |
| | | 氏　名 | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　年　月　日 | 年齢 | | マイナンバー（個人番号） | |
| | 3 | フリガナ | | | | 申請理由 | 1．マイナンバーカード紛失<br>2．マイナンバーカード返納<br>3．介助<br>4．その他（　） |
| | | 氏　名 | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　年　月　日 | 年齢 | | マイナンバー（個人番号） | |
| | 4 | フリガナ | | | | 申請理由 | 1．マイナンバーカード紛失<br>2．マイナンバーカード返納<br>3．介助<br>4．その他（　） |
| | | 氏　名 | | | | | |
| | | 生年月日 | 昭<br>平<br>令　年　月　日 | 年齢 | | マイナンバー（個人番号） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者（正組合員） | 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
2．マイナンバーカードを返納した
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入してください