



国民健康保険 資格確認書交付申請書

受付印

埼玉県医師国民健康保険組合 理事長 様

申請日 令和 年 月 日

(准)組合員	被保険者 記号番号	記 号		番 号					
	氏 名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号								
	住 所								
	T E L								

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

本人	<input type="checkbox"/> (准) 組合員 本人	(申請理由) <input type="checkbox"/> 1. カード紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由を記載) ()								
家族 ①	フリガナ	(申請理由) <input type="checkbox"/> 1. カード紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由を記載) ()								
	氏 名									
	個人番号									
	生年月日		(昭・平・令)	年	月	日				
家族 ②	フリガナ	(申請理由) <input type="checkbox"/> 1. カード紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由を記載) ()								
	氏 名									
	個人番号									
	生年月日		(昭・平・令)	年	月	日				
家族 ③	フリガナ	(申請理由) <input type="checkbox"/> 1. カード紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由を記載) ()								
	氏 名									
	個人番号									
	生年月日		(昭・平・令)	年	月	日				

(注意事項)

- 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、この申請の必要はありません。
- 申請理由については、あてはまるものを選択してください。

1. 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
2. カード返納	マイナンバーカードを返納する予定である
3. 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
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

- 申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として組合員（医師）宛てに送付します。