

(マイナンバー様式D)

支部長印		交付日：令和 年 月 日	事務局長	班 長	担当者

国民健康保険 資格確認書交付申請書

被 保 険 者 記 号	宮 建	被 保 険 者 番 号	A
----------------	-----	----------------	---

※資格確認書の交付を希望する方の氏名等をご記入願います。

フリガナ 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	申請理由
			昭・平・令 ・	1.紛失又は更新中 2.マイナンバーカード返納 3.介助 4.電子証明書の有効期限切れ 5.その他()
			昭・平・令 ・	1.紛失又は更新中 2.マイナンバーカード返納 3.介助 4.電子証明書の有効期限切れ 5.その他()
			昭・平・令 ・	1.紛失又は更新中 2.マイナンバーカード返納 3.介助 4.電子証明書の有効期限切れ 5.その他()
			昭・平・令 ・	1.紛失又は更新中 2.マイナンバーカード返納 3.介助 4.電子証明書の有効期限切れ 5.その他()
			昭・平・令 ・	1.紛失又は更新中 2.マイナンバーカード返納 3.介助 4.電子証明書の有効期限切れ 5.その他()

(記載上の注意) 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又は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. マイナ保険証の電子証明書の有効期限が切れ、更新手続きをしない予定である。(更新手続きをする場合は1.の「更新中」) 5. 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。 (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、当交付申請の必要はありません。
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号

電話番号

組合員住所

フリガナ

組合員氏名

印

受 付 印

宮城県建設業国民健康保険組合理事長 殿