

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。

受付印

<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 医院	<input type="checkbox"/> 医師会
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> その他 ()	

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	台帳入力	交付簿
					.	.

国民健康保険 資格確認書交付申請書

組合員の記号・番号	群医 — —				
資格(続柄)	1. 組合員 2. 組合員の家族 () 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()				
*番号	被保険者の氏名	性別	生年月日	申請理由	
		男・女	昭・平・令 .	※申請理由の補足説明(申請書下部)参照 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他 ()	
個人番号(マイナンバー)					
資格(続柄)	1. 組合員 2. 組合員の家族 () 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()				
*番号	被保険者の氏名	性別	生年月日	申請理由	
		男・女	昭・平・令 .	※申請理由の補足説明(申請書下部)参照 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他 ()	
個人番号(マイナンバー)					
資格(続柄)	1. 組合員 2. 組合員の家族 () 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ()				
*番号	被保険者の氏名	性別	生年月日	申請理由	
		男・女	昭・平・令 .	※申請理由の補足説明(申請書下部)参照 1. マイナンバーカード紛失等 2. マイナンバーカード返納予定 3. 資格確認に介助者等の補助が必要 4. その他 ()	
個人番号(マイナンバー)					

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日	【委任欄】 令和 年 月 日
医療機関住所	私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。
組合員 氏名	
個人番号(マイナンバー)	受任者(代理人) 住所 氏名
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿	委任者(組合員) 住所 氏名

*印は、記入不要です。

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。

※申請理由の補足説明

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. 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してください。)