

資格確認書交付申請書

被 保 険 者 記 号 番 号				浴 国	
氏 名				性 別	続 柄
(昭 平 令) 年 月 日					
1	フリガナ				
(申請理由)					
個人番号 (マイナンバー)					
1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他(
2	フリガナ				
(昭 平 令) 年 月 日					
(申請理由)					
個人番号 (マイナンバー)					
1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他(
3	フリガナ				
(昭 平 令) 年 月 日					
(申請理由)					
個人番号 (マイナンバー)					
1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他(
4	フリガナ				
(昭 平 令) 年 月 日					
(申請理由)					
個人番号 (マイナンバー)					
1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他(
5	フリガナ				
(昭 平 令) 年 月 日					
(申請理由)					
個人番号 (マイナンバー)					
1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.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または更新中で、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また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を交付されるため、申請の必要はありません。			
令和 年 月 日					
住 所 〒					
世帯主氏名					
電話番号					
大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様					
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	受 付 年 月 日	
令和 年 月 日					