

国民健康保険 資格確認書交付申請書

北海道歯科医師国民健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

組合員住所・氏名	被保険者 記号・番号	記号(道歯)	番号	—	—	枝番	
	住所						
組合員	氏名						

【資格確認書が必要となる方の氏名等を記載願います。】

①	フリガナ		申請理由 ※	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
②	フリガナ		申請理由 ※	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
③	フリガナ		申請理由 ※	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
④	フリガナ		申請理由 ※	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	氏名			
	生年月日	年 月 日		

【代理人により申請される場合は以下をご記入ください。】

申請 代 行 者	住所						
	氏名						

(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、または資格確認書を紛失した
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ください)