

国民健康保険資格確認書交付申請書

徳島県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和 年 月 日

組 合 員	被保険者記号	医師組	被保険者番号	-	-				
	氏 名				生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号				電話番号	-	-		
	住 所	〒							

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

本 人	(フリガナ)				申請 理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	氏 名			枝番		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	個人番号					任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
	生年月日	昭・平・令	年	月						
家 族 1	(フリガナ)				申請 理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	氏 名			枝番		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	個人番号					任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
	生年月日	昭・平・令	年	月						
家 族 2	(フリガナ)				申請 理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	氏 名			枝番		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	個人番号					任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
	生年月日	昭・平・令	年	月						

(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し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、この申請は必要ありませんが、「任意記載事項」の記載を希望する場合は、この申請が必要です。

※ 申請理由については、以下から当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られない事情を具体的に記載

※ 任意記載事項については、「希望する」を申請いただければ、高額療養費の適用区分や特定疾病の自己負担限度額の区分等を記載した「資格確認書」を交付しますので、別途、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要はありません。

※ 申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として医師である組合員あてに送付します。

国民健康保険資格確認書交付申請書

徳島県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和6年12月2日

組合員	被保険者記号	医師組		被保険者番号	01-999-999
	氏名	国保 太郎		生年月日	昭平令 43年1月31日
	個人番号	123456789012		電話番号	090-9999-1111
	住所	〒770-0847 徳島市幸町3丁目61番地			

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

本人	(フリガナ)	コクホ タロウ		申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名	国保 太郎	枝番 01	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号	123456789012		任意記載事項を <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	生年月日	昭平令 43年1月31日			
家族1	(フリガナ)	コクホ ハナコ		申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名	国保 花子	枝番 02	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号	987654321098		任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない	
	生年月日	昭平令 47年12月21日			
家族2	(フリガナ)			申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返却 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名		枝番	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号			任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	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し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、この申請は必要ありませんが、「任意記載事項」の記載を希望する場合は、この申請が必要です。

※ 申請理由については、以下から当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られない事情を具体的に記載

※ 任意記載事項については、「希望する」を申請いただければ、高額療養費の適用区分や特定疾病の自己負担限度額の区分等を記載した「資格確認書」を交付しますので、別途、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要はありません。

※ 申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として医師である組合員あてに送付します。