国民健康保険　資格確認書交付申請書

交付を希望する被保険者	氏名　フリガナ 個人番号（マイナンバー）	記号番号
		新医
申請理由	1.紛　失　　2.カード返納　　3.介　助 4.その他（　　）	

（注意事項）

1．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、この申請の必要はありません。

2．申請理由については、あ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ることができない事情を具体的に記載

新潟県医師国民健康保険組合理事長　様

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

申請者氏名 (第１・２種組合員)	
住　所	医院・自宅　※いずれかに〇 〒 TEL

常務理事	事務長	課長	受付	登録	交付		備考
						確認書	

（R７．４）