

| | | | |
|-------|------------|------|-----|
| 組合記入欄 | 資格確認書交付年月日 | 常務理事 | 事務局 |
| | 令和 年 月 日 | | |

国民健康保険 資格確認書交付申請書

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

| | | |
|----------|----------|------------------|
| ① 申請日 | 令和 年 月 日 | 次のとおり申請します。 |
| ② 被保険者番号 | み歯 | A |
| ③ 診療所名 | | |
| 申請者(組合員) | ④ 氏名 | (フリガナ) |
| | ⑤ 個人番号 | ※マイナンバーをご記入ください。 |
| | ⑥ 住所 | (フリガナ) 〒 - |
| | | TEL - - |

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

| ⑦ | 氏名 | ⑧性別 | ⑨生年月日 | ⑩申請理由 |
|---|---|-----|----------|--|
| 1 | (フリガナ) | 男・女 | 昭和・平成・令和 | 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 () |
| | ⑪個人番号(マイナンバー) | | 年 月 日 | |
| 2 | (フリガナ) | 男・女 | 昭和・平成・令和 | 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 () |
| | ⑪個人番号(マイナンバー) | | 年 月 日 | |
| 3 | (フリガナ) | 男・女 | 昭和・平成・令和 | 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 () |
| | ⑪個人番号(マイナンバー) | | 年 月 日 | |
| ⑫ | (記載上の注意) 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。 | | | |

【添付書類】必ず添付してください。

- ・加入者全員の個人番号（マイナンバー）及び続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

●個人番号は、必ず記入してください

●FAXでの提出はできません