

事務長	課長	係

処理欄					
国保システム	中間サーバ	資格確認書	身元	チェック	

国民健康保険 資格確認書交付申請書

鹿児島県歯科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	番号	枝番	事業所	名称				
		鹿歯・鹿歯従		01		所在地				
	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	住所	〒			個人番号					

申請者	(ふりがな) 氏名	Ⓜ			生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	住所	※組合員と同じ場合は省略可 〒			組合員との続柄					

連絡先	※いずれかに☑をして、電話番号を記入してください。 <input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号 (- -)				
-----	--	--	--	--	--

※ここから下の太枠内は「資格確認書の交付を希望する人」について記入してください。

1	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	【申請理由】	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()			性別	男・女				
2	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	【申請理由】	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()			性別	男・女				
3	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	【申請理由】	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()			性別	男・女				
4	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	【申請理由】	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()			性別	男・女				

(記載上の注意)

【申請理由】欄の 補足説明	1. 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 : () 内に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 記入してください。
※注意	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、申請の必要はありません。

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は下記受任欄に記入してください。

※代理の方が届け出る場合は、身元確認をさせていただく場合があります。

【受任欄】私は上記の申請者から本申請について委任を受けました。 令和 年 月 日	
代理人 住所	代理人 氏名 Ⓜ

(※自署の場合は押印不要)

※申請者本人の【身元確認書類（運転免許証のコピー等）】を必ず添付してください。

※交付した資格確認書は、事業所宛に郵送いたします。

【注意】マイナンバーカードを紛失した場合は、お住まいの市区町村で再発行のお手続きが必要です。