資格確認書 交付・再交付申請書について

日頃より大変お世話になっております。
資格確認書 交付・再交付申請書をお送りいたします。
必要事項をご記入のうえ、ご申請ください。

※社労士・会計士等、代理人によるご申請の際は、委任欄に記入が必要となります。
来所時は顔写真付きの身分証をご持参ください。

介助等の理由により資格確認書が必要なとき

・申請書の「申請の理由１．～４．」に該当する理由により、資格確認書が必要な場合は、ご申請ください。資格確認書をお送りいたします。

資格確認書を紛失したとき

・ご申請いただきましたら、資格確認書をお送りいたします。

資格情報通知書を紛失したとき

・当組合へご連絡いただきましたら資格情報通知書をお送りいたします。
（申請は不要です。）

神奈川県医師国民健康保険組合
TEL　045-231-2685

国民健康保険資格確認書 交付・再交付申請書

被保険者	記　号 3 1　番　号　　（枝　番）														
	氏　　名										生 年 月 日	昭・平 令　　・　・			
	マイナンバー													性　別	男 ・ 女
申請の理由	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. 資格確認書を紛失した 3. マイナンバーカードを返納する予定である 4. 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														

上記のとおり申請します。
また、紛失等した資格確認書で問題が生じた場合は、貴組合に負担をかけないことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

第一種組合員

診療所住所　神奈川県

診療所名称

氏　　名　　㊞

マイナンバー												

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

【 委任欄 】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。　令和　　年　　月　　日

受任者　住所 **（代理人）氏名**　㊞	**委任者　住所** **（第一種組合員）氏名**　㊞

決裁	常務理事	事務長	次　長	主　幹	主　査	係
令 和　　年　　月　　日 決 定						

受付日付印

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。