

資格確認書交付申請書

記入例

被保険者 記号・番号	薬国	2	7	1	1	—	1	1	1	—	1	1	1				
(枝番)	氏名	続柄	性別	年号	生年月日	申請理由 / マイナンバー(12桁)											
0 1	近薬 太郎	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	99年 99月 99日	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()											
0 2	近薬 花子	子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	99年 99月 99日	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()											
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()											
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()											

(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明

- 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
- マイナンバーカードを返納する予定である
- 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
- 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

上記の通り申請いたします。

令和 99 年 99 月 99 日

記入された年月日

組合員本人

住所 大阪府大阪市浪速区恵比寿東〇丁目〇-〇

氏名(自署) 近薬 太郎

電話番号 06 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

個人番号
マイナンバー

1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

住民票記載のご住所と、組合員本人のお名前をご記入ください。

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(事務処理欄)

入力済

受付印

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当
令和 年 月 日					

資格確認書交付	令和 年 月 日
---------	----------