茨城県医師国民健康保険組合　資格確認書交付申請書

茨城県医師国民健康保険組合理事長　　次のとおり申請します。

申請日	年　　月　　日			
申請者	氏　名		電　話	－　　－
	住　所			
	組合員との続柄	□組合員本人　□世帯員（　）　□准組合員		
組合員	氏　名		電　話	－　　－
	住　所			

※ここからは下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

住　所		□　同上																							
1	（フリガナ）		（申請理由） 1. 紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）																						
	氏　　名	男・女	被保険者	記号						医															
			番号																						
	生年月日	年　　月　　日	個人番号																						
2	（フリガナ）		（申請理由） 1. 紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）																						
	氏　　名	男・女	被保険者	記号						医															
			番号																						
	生年月日	年　　月　　日	個人番号																						
3	（フリガナ）		（申請理由） 1. 紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）																						
	氏　　名	男・女	被保険者	記号						医															
			番号																						
	生年月日	年　　月　　日	個人番号																						
4	（フリガナ）		（申請理由） 1. 紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）																						
	氏　　名	男・女	被保険者	記号						医															
			番号																						
	生年月日	年　　月　　日	個人番号																						

任意記載事項の記載の希望	□任意記載事項(※)の記載を希望する。 □任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。任意記載事項を記載することで、別途、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証を申請いただき、交付を受ける必要がなくなります。
（記載上の注意） 申請理由蘭の補足説明	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。