国民健康保険　資格確認書交付申請書

□支部(組合)宛て送付を希望

長野県建設国民健康保険組合　理事長　殿
以下の者について資格確認書の交付を申請します

年度	年度

記号番号	建　　－

1	フリガナ		1. カード紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）
	氏　名		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	個人番号
2	フリガナ		1. カード紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）
	氏　名		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	個人番号
3	フリガナ		1. カード紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）
	氏　名		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	個人番号
4	フリガナ		1. カード紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）
	氏　名		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	個人番号
5	フリガナ		1. カード紛失　2. カード返納　3. 介助 4. その他（　　）
	氏　名		
	生年月日	S・H・R　年　月　日	個人番号

年　　月　　日

組合員　住　所

氏　名

個人番号

（記載上の注意） 申請理由欄の 補足説明	1. マイナンバーカードを紛失または更新中で、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　※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。

確認書類	□ マイナンバーカード（ 組合員 ・ 他 ） □ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） □ その他（　　）	届出人	□ 組合員 □ 代理人 （　　）	身元確認者	