様式4-19

支部受付印	

決裁欄	事務局長	係長	係

本部受付印	

資格確認書交付申請書

交付年月日
年　月　日

全国板金業国民健康保険組合理事長　殿

■ 太枠の中を漏れなく記入してください。

下記のとおり申請します。

申請年月日	記号	番号	組合員氏名	フリガナ
年　月　日	92-			

組合員住所	個人番号(マイナンバー)
〒　—　電話番号　(　)　－ 都道府県	

	該当者氏名	組合員との続柄	生年月日	申請理由※ 個人番号(マイナンバー)＊組合員は省略可	
1	フリガナ		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(　)
				個人番号	
2	フリガナ		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(　)
				個人番号	
3	フリガナ		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(　)
				個人番号	
4	フリガナ		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(　)
				個人番号	

※申請する時は、事業主による個人番号の確認を受けてください。

■事業主確認欄　　上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒　—　電話番号　(　)　— 都道府県		
事業所名		事業主名	

（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確認を受けることができない事情を具体的に記載してください

(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、申請することなく資格確認書が交付されます。

※下記（記入上の注意）申請理由欄の補足説明をご確認の上ご記入ください。

2024.12