

全国歯科医師国民健康保険組合

資格確認書交付申請書

(あて先)全国歯科医師国民健康保険組合 理事長

申請日	年 月 日				
申請者	氏名			電話	- -
	住所				
	組合員からみた関係	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
組合員	氏名			個人番号	

※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要です。

ここから下の太枠内は、資格確認書の交付を希望する方について記入してください。

住所	<input type="checkbox"/> 同上				
1	フリガナ			(申請理由) ①紛失 ②カード返納	
	氏名	男・女		③介助 ④マイナ保険証解除希望	
	生年月日			⑤その他 ()	
				個人番号	
2	フリガナ			(申請理由) ①紛失 ②カード返納	
	氏名	男・女		③介助 ④マイナ保険証解除希望	
	生年月日			⑤その他 ()	
				個人番号	
3	フリガナ			(申請理由) ①紛失 ②カード返納	
	氏名	男・女		③介助 ④マイナ保険証解除希望	
	生年月日			⑤その他 ()	
				個人番号	
4	フリガナ			(申請理由) ①紛失 ②カード返納	
	氏名	男・女		③介助 ④マイナ保険証解除希望	
	生年月日			⑤その他 ()	
				個人番号	
(記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明	<p>(申請理由)について、①～④を選択してください。</p> <p>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</p> <p>② マイナンバーカードを返納する予定</p> <p>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</p> <p>④ マイナ保険証の登録解除希望のため</p> <p>⑤ その他 (被保険者証紛失等)</p> <p>※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。</p> <p>【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。</p>				

委 任 状

令和 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合 理事長 様

私は、下記の者を代理人と定め、下記に関する権限を委任いたします。

記

1、全国歯科医師国民健康保険組合 資格確認書交付申請に関する一切の権限

代理人：住 所

氏 名

㊞

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

T E L

委任者：住 所

氏 名

㊞

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

T E L