様式1-25

国民健康保険資格確認書交付申請書

決裁	常務理事	事務局長	業務課長

支部			
	本　部	支　部	
受付印		支部長	
電算		担当者	
発送先	支　部 本　人 事業所		普通郵便希望

神奈川県建設連合国民健康保険組合　理事長　殿
下記のとおり国民健康保険資格確認書の交付を申請いたします。

※太枠内をご記入ください

被保険者番号	所属番号	個人番号（マイナンバー）
36-	分会　班群　組合員	
組合員氏名		申請年月日
		年　月　日

住所	〒

資格確認書の交付を希望する被保険者の氏名・枝番		性別	上段：生 年 月 日 下段：個人番号（マイナンバー）	申請理由※
	枝番	男・女	年　月　日	1. カード紛失　2. カード更新中 3. カード返納（予定）　4. 介助 5. その他 （　）
	枝番	男・女	年　月　日	1. カード紛失　2. カード更新中 3. カード返納（予定）　4. 介助 5. その他 （　）
	枝番	男・女	年　月　日	1. カード紛失　2. カード更新中 3. カード返納（予定）　4. 介助 5. その他 （　）

【※申請理由欄の補足説明】

１：マイナンバーカードを紛失で、有効なマイナンバーカードが手元にない場合。

２：マイナンバーカードを更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない場合。

３：マイナンバーカードを返納または返納予定である場合。

４：介助者等の第三者が高齢者または障がい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場合。

５：その他(マイナンバーカードによる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1) 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。

(注2) 資格確認書の紛失や破損による再交付は、再交付申請をお願いします。

(注3) 単に資格確認書がほしい、マイナ保険証が不安、といった理由での交付はできません。