

決 裁	事務局長	課長	係長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	入力	照合	交付

資格確認書交付申請書

被保険者	記号	86-	番号	
氏名	続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
個人番号		男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()	
氏名	続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
個人番号		男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()	
氏名	続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
個人番号		男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()	
氏名	続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
個人番号		男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. 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出来ない事情を具体的に記載ください			
上記のとおり申請いたします。				
令和 年 月 日				
組合員				
〒 -				
住所			電話番号 - -	
氏名			個人番号	
			[個人番号入力欄]	

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

事業主確認欄 ※事業主（医師組合員）及びその家族の交付申請は記入不要

1. 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 事業主名
 (医師組合員)

処理印

受付印