常務理事	事務局長	次長	課長	担当者	受付年月日	入力処理

国民健康保険資格確認書交付申請書

税理士国保被保険者番号（税国番号）			税　国		
1	(フリガナ)		続柄		(申請理由) 1．紛失　2．カード返納　3．介助 4．その他 (　　)
	氏　　名		男・女		
	生年月日	(昭和 平成 令和)　　年　　月　　日			(個人番号)
2	(フリガナ)		続柄		(申請理由) 1．紛失　2．カード返納　3．介助 4．その他 (　　)
	氏　　名		男・女		
	生年月日	(昭和 平成 令和)　　年　　月　　日			(個人番号)
3	(フリガナ)		続柄		(申請理由) 1．紛失　2．カード返納　3．介助 4．その他 (　　)
	氏　　名		男・女		
	生年月日	(昭和 平成 令和)　　年　　月　　日			(個人番号)
4	(フリガナ)		続柄		(申請理由) 1．紛失　2．カード返納　3．介助 4．その他 (　　)
	氏　　名		男・女		
	生年月日	(昭和 平成 令和)　　年　　月　　日			(個人番号)

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

事務所代表者氏　名

組合員住　所
(自　宅)

氏　名

電　話

個人番号

近畿税理士国民健康保険組合理事長　殿

(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。