

# 国民健康保険資格確認書交付申請書

※申請の際は、①個人番号（マイナンバー）確認書類のコピー、②顔写真入りの本人確認書類のコピーの両方を添えて、ご郵送ください。

鳥取県医師国民健康保険組合 御中

申請日 令和 年 月 日

組合員	被保険者番号	鳥医国保 - (枝番 )	個人番号 マイナンバーカード																	
	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日																
	氏名		電話番号	- -																
	住所	〒																		

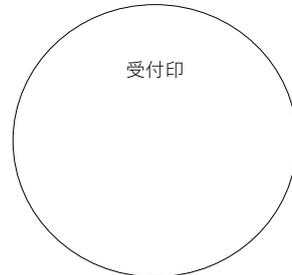
以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

交付申請者①	(フリガナ)																	申請理由	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカード紛失 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカード返却 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏名																		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号 マイナンバーカード																	任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※裏面（注意事項）を要参照ください。	
	被保険者番号	鳥医国保 - (枝番 )																	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																	
交付申請者②	(フリガナ)																	申請理由	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカード紛失 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカード返却 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏名																		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号 マイナンバーカード																	任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※裏面（注意事項）を要参照ください。	
	被保険者番号	鳥医国保 - (枝番 )																	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																	
交付申請者③	(フリガナ)																	申請理由	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカード紛失 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカード返却 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏名																		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号 マイナンバーカード																	任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※裏面（注意事項）を要参照ください。	
	被保険者番号	鳥医国保 - (枝番 )																	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																	
交付申請者④	(フリガナ)																	申請理由	<input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカード紛失 <input type="checkbox"/> 2. マイナンバーカード返却 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏名																		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	個人番号 マイナンバーカード																	任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※裏面（注意事項）を要参照ください。	
	被保険者番号	鳥医国保 - (枝番 )																	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																	

➡裏面（注意事項）要参照

※事務局記入欄

組合S入力	中間S連携	資格確認書交付
連携日 年 月	連携日 年 月	連携日 年 月
担当・備考欄	担当・備考欄	担当・備考欄



## 注 意 事 項

1. 「任意記載事項」の記載を希望する方は、この申請書を提出してください。
2. 任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。任意記載事項を記載することで、別途、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要がなくなります。
3. 申請理由については、以下から当てはまるものを選択してください。

マイナンバーカード紛失	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がない
マイナンバーカード返納	マイナンバーカードを返納する予定である
介助	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
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られない事情を具体的に記載

## 【見本】

国民健康保険資格確認書 <small>(再交付)</small>	
有効期限 令和 ●年 ●月 ●日	
交付年月日 令和 ●年 ●月 ●日	
記号	鳥医国保 番号 00●●●-000 <small>(後期)</small> 02
氏名・性別	鳥取 花子 女
生年月日	昭和43年 3月17日
資格取得年月日	令和 7年 1月 1日
負担割合	法定負担割合のとおり
限度区分・発効期日	ア 令和 7年 1月 1日
長期入院該当日	*****
特定疾病区分・発効期日	AⅡ 令和 7年 1月 1日
組合員氏名	鳥取 太郎
住 所	鳥取市 戎町317番地 鳥取県医師会館2階
保険者番号並びに 保険者名称及び印	00313015
鳥取市戎町317番地 鳥取県医師会館2階 鳥取県医師国民健康保険組合 電話 0857-27-5565	

任意記載事項とは？(見本の赤枠内)

➔ 限度額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことです。

印字には、申請が必要となるため、任意記載事項を「希望する」に✓を入れて、鳥取県医師国民健康保険組合まで届出ください。