

記載例

国民健康保険資格確認書交付申請書

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7年11月10日

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------|---------------------------------|-------------------|------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 被保険者番号 | 鳥医国保 00●●●-000 (枝番 01) | 個人番号 マイナンバーカード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | (フリガナ) | トットリ タロウ | | 生年月日 | 昭平・令 43年 3月 17日 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 鳥取 太郎 | | 電話番号 | 070-9999-9999 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒680-8585 鳥取市戎町317 鳥取県医師会館2階 | | | | | | | | | | | | | |

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) | トットリ タロウ | | | | | | | | | | | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 1. マイナンバーカード紛失 <input checked="" 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 | 鳥取 太郎 | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 マイナンバーカード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 任意記載事項を <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>※裏面（注意事項）を要参照ください。</small> | |
| | 被保険者番号 | 鳥医国保 00●●●-000 (枝番 01) | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭平・令 43年 3月 17日 | | | | | | | | | | | | | |
| 交付申請者② | (フリガナ) | トットリ ハナコ | | | | | | | | | | | 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 () |
| | 氏名 | 鳥取 花子 | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 マイナンバーカード | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 任意記載事項を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>※裏面（注意事項）を要参照ください。</small> | |
| | 被保険者番号 | 鳥医国保 00●●●-000 (枝番 02) | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 <small>※裏面（注意事項）を要参照ください。</small> | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 <small>※裏面（注意事項）を要参照ください。</small> | |
| | 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 |

