

資格確認書交付申請書

※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。

| | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-------------------|--|--|
| 被保険者 番号 | 沖医国 | | | | |
| 交付を必要とする 被保険者の氏名 | | 性別 | 生年月日 | 申請理由 | |
| (フリガナ) | | | | 個人番号 (マイナンバー) | |
| 1 | | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | | 個人番号 | |
| 2 | | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | | 個人番号 | |
| 3 | | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | | 個人番号 | |
| 4 | | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | | 個人番号 | |
| 5 | | 男・女 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | | | 個人番号 | |

| | |
|---------|--|
| 申請理由の補足 | ① 紛失 : マイナンバーカードを紛失した、又は更新中で手元にない ② カード返納 : マイナンバーカードを返納予定である ③ 介助 : 介助者等の第三者が要配慮者に同行し資格確認を補助する必要があるため ④ その他 : 申請理由を具体的に詳しく記入してください |
|---------|--|

【必要書類】
① 医師組合員の本人の確認ができるもの (例: 運転免許証の写し、パスポートの写し等)

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| 上記のとおり申請します。 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 【医師組合員】 被保険者番号: 沖医国 [] [] [] [] [] 個人番号: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 自宅住所: 医師組合員氏名 (自署) _____ | 届出 代行者 (担当者) | 事業所名称: 担当者氏名: TEL: |
|--|--------------------|--------------------------|

【個人番号の利用目的について】
当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用する。
※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

| | | |
|-------|-----|-------------|
| 組合記入欄 | 受付印 | 備考 |
| | | 発行: 発送日: |