常務理事	担当理事

発　　行	受 付 日	窓口

資格確認書交付申請書

1	被保険者の記号・番号	群歯　　ー　　（枝番）	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）		
	氏 名		性 別	続 柄	（生年月日）昭和・平成・令和
			男　女		年　　月　　日生
2	被保険者の記号・番号	群歯　　ー　　（枝番）	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）		
	氏 名		性 別	続 柄	（生年月日）昭和・平成・令和
			男　女		年　　月　　日生
3	被保険者の記号・番号	群歯　　ー　　（枝番）	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）		
	氏 名		性 別	続 柄	（生年月日）昭和・平成・令和
			男　女		年　　月　　日生

交付申請の理由　以下1～4の該当項目に〇をしてください。

1　マイナ保険証の利用登録をしているが、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

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なため※1

4　その他＊その他を選択された方は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してください．

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日　　〒　　ー

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組 合 員

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所（診療所）名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

※1　交付申請の理由が「3」の場合、対象者の障害者手帳等のコピーや状況がわかる書類の添付が必要となります。
※2　70歳以上の方で高齢受給者証を未交付の方には、併せて「高齢受給者証」を交付します。

※交付後の各種証等の郵送先を選択してください。

☐　自宅　　☐　診療所

社会保険労務士等の提出代行者氏名記入欄