

国民健康保険資格確認書交付申請書

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿 次のお通り申請します。

申請日		年 月 日	
申請者	氏名	電話番号	
	住所		
	組合員からみた続柄	<input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
組合員	氏名	個人番号	

※ここから下の太枠内は、交付を希望する被保険者について記入してください。

住 所		<input type="checkbox"/> 同上	
1	(フリガナ)		
	氏 名	男 女	
	個人番号		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	
2	(フリガナ)		
	氏 名	男 女	
	個人番号		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	
3	(フリガナ)		
	氏 名	男 女	
	個人番号		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	
4	(フリガナ)		
	氏 名	男 女	
	個人番号		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	
任意記載事項 の記載の希望	<p style="text-align: center;">任意記載事項 (※) の記載を</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない</p> <p>※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又は生活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を申請いただき、交付を受ける必要がなくなります。</p>		
(記載上の注意) 申請理由欄 の補足説明	<ol style="list-style-type: none"> 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 マイナンバーカードを返納する予定である 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ることができない事情を具体的に記載ください <p>(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。</p>		