

資格確認書交付申請書

申請日	令和〇年〇月〇日
所属	大臣官房秘書課
フリガナ	キョウサイ タロウ
組合員氏名	共済 太郎
組合員等記号・番号	0820-1234567890
住所 (居所)	〒100-8950 東京都千代田区霞が関1-2-1 ()

※ここから下の太線内は、交付を希望する人について記入してください。

住所 (居所)	〒100-8950 東京都千代田区霞が関1-2-1 ()				
1	フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	申請理由	
	氏名	共済 太郎	男	1.カード未取得・返納 2.利用未登録 3.利用解除・有効期限切れ 4.カード紛失 5.介助	
	生年月日	昭和50年4月2日	個人番号		
2	フリガナ	キョウサイ ハナコ	性別	申請理由	
	氏名	共済 花子	女	1.カード未取得・返納 2.利用未登録 3.利用解除・有効期限切れ 4.カード紛失 5.介助	
	生年月日	昭和55年6月1日	個人番号		
3	フリガナ		性別	申請理由	
	氏名			1.カード未取得・返納 2.利用未登録 3.利用解除・有効期限切れ 4.カード紛失 5.介助	
	生年月日	年 月 日	個人番号		
4	フリガナ		性別	申請理由	
	氏名			1.カード未取得・返納 2.利用未登録 3.利用解除・有効期限切れ 4.カード紛失 5.介助	
	生年月日	年 月 日	個人番号		
(記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明	申請理由 1. マイナンバーカードを取得していない、返納した。 2. マイナンバーカードを保有しているがマイナ保険証の利用登録を行っていない。 3. マイナ保険証の利用登録を解除した、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ。 4. マイナンバーカードを紛失した、更新中。 5. 介助者等の第三者が要配慮者(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者)である本人に同行して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。 ※必要に応じ、申請理由についての詳細を記載してください。				

(注)本申請書は、マイナ保険証を保持している方は提出不要です