

記号・番号	道医	.			-								-			(准組合員)
-------	----	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--------

氏名		個人番号(マイナンバー)												申請理由
		生年月日												
資格確認書の交付を希望する被保険者	1	(ふりがな)											1. マイナンバーカードを紛失 2. マイナンバーカードを返納 3. 介助 4. その他 ()	
		昭・平・令 年 月 日												
	2	(ふりがな)											1. マイナンバーカードを紛失 2. マイナンバーカードを返納 3. 介助 4. その他 ()	
昭・平・令 年 月 日														
3	(ふりがな)											1. マイナンバーカードを紛失 2. マイナンバーカードを返納 3. 介助 4. その他 ()		
	昭・平・令 年 月 日													
4	(ふりがな)											1. マイナンバーカードを紛失 2. マイナンバーカードを返納 3. 介助 4. その他 ()		
	昭・平・令 年 月 日													
5	(ふりがな)											1. マイナンバーカードを紛失 2. マイナンバーカードを返納 3. 介助 4. その他 ()		
	昭・平・令 年 月 日													

申請者（組合員又は准組合員）

上記のとおり申請します。

申請年月日		令和	年	月	日
申請者 〔組合員又は 准組合員〕	住所 （住民票記載の住所）	北海道			
	氏名				
	個人番号（マイナンバー）				

北海道医師国民健康保険組合理事長様

1. 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がない
2. マイナンバーカードを返納する予定である
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である
4. 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。

- ・組合員又は准組合員が申請者となり、本人およびその家族である被保険者について申請を行ってください。
- ・マイナンバーカードが手元ない事等により被保険者番号が不明の場合は記入不要です。
- ・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。
- ・既に資格確認書を交付されている方の紛失等による再交付は、別に定める様式にて申請が必要です。

事務局記入欄		交付
1		
2		
3		
4		
5		

受付日付印

