**国民健康保険　資格確認書交付申請書**

　佐賀県医師国民健康保険組合理事長　殿　　　次のとおり申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

※世帯主について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 被保険者番号 | 佐医 | 番号 |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※交付を希望する者について記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | (フリガナ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | 申請理由(下記、理由欄より選択ください) |  |
| 続柄 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | (フリガナ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | 申請理由(下記、理由欄より選択ください) |  |
| 続柄 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | (フリガナ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 | 申請理由(下記、理由欄より選択ください) |  |
| 続柄 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 理　由　欄 | 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にない２．マイナンバーカードを返納した３．マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため４．資格確認書を紛失・き損した５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記の者は、当該医療機関の医療に従事している者及びその家族に相違ありません。

※従業員組合員とその家族が交付を申請する場合に記入してください。

　医療機関名

　医師組合員氏名（事業主）