## 国民健康保険 資格確認書交付申請書

被保険者記号番号

市国

電話

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 次のとおり申請します。

日

月

年

申	請者	住 所															
		世帯主からみた関係		口世帯主本人			□世帯員(		)		□その他(				)		
世帯主							(個人番号)										
(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の組合が適当と認める書類の添付が必要)																	
※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。																	
住		所	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□														
1	(フリガナ) 氏 名					男・女	(申請理由) 1.紛失 4.その他(	2.力	<b>—</b> Б	で返納		3.:	介助		)		
	生:	年月日	年		日		(個人番号)								ĺ		
		リガナ)	'	7.			(申請理由)										
2	氏 名					男・女	1.紛失 4.その他(	2.力	-F	返納		3.:	介助		)		
		年月日	年	月	日		(個人番号)										
							(申請理由) 1.紛失 2.カード返納 3.介助										
3						男・女	4.その他(	2.77			ı	J. JI 政			)		
		年月日	年	月	日		(個人番号)										
	(フリガナ) 氏 名					男・女	(申請理由) 1.紛失 2.カード返納 4.その他(			3.介助							
	生:	年月日	年	月	日		(個人番号)										
□ 任意記載事項(※)の記載を希望しない □ 任意記載事項(※)の記載を希望する																	
の記載の希望			※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、特定疾病療養費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。														
	申請理	の注意) 由欄の	1.マイナンバーカ 2.マイナンバーカ 3.介助者等の第3 補助する必要が 4.その他	一ドを返納する予	を ま障害	ある §者である	る被保険者本	人に	二同	行して			格確	認を	•••••		
補足説明		説明	※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 (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。														

※事務処理欄 受付印

申請日 令和

氏 名

扱年度	
扱年月	
受付No.	

	常務理事	事務局長	課長	係 長	係 員
決					
裁					
令	和年	月 I	日(令和	年 月	日 交付)