様式第6号の2

専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支　部

資格確認書交付申請書

被保険者　記号・番号			
1	氏　　名	組合員との続柄	（申請理由） 1．マイナンバーカード紛失 2．マイナンバーカード返納 3．介助 4．その他（　　）
	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日		（個人番号）
2	氏　　名	組合員との続柄	（申請理由） 1．マイナンバーカード紛失 2．マイナンバーカード返納 3．介助 4．その他（　　）
	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日		（個人番号）
3	氏　　名	組合員との続柄	（申請理由） 1．マイナンバーカード紛失 2．マイナンバーカード返納 3．介助 4．その他（　　）
	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日		（個人番号）
4	氏　　名	組合員との続柄	（申請理由） 1．マイナンバーカード紛失 2．マイナンバーカード返納 3．介助 4．その他（　　）
	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日		（個人番号）

（記載上の注意）
申請理由欄の
補足説明

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

（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。

上記の理由により交付申請します。

令和　　年　　月　　日

名古屋市食品国民健康保険組合理事長　様

乙組合員氏名

甲組合員氏名

電話番号

所属業態組合長確認欄

本部受付印

交付日	確認欄	
月　日	・申請内容の確認 ・	

支部受付印