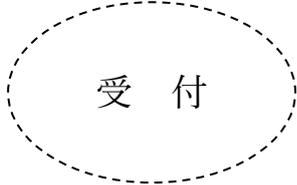


資格確認書交付申請書



※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。**

※資格確認書を紛失した場合は、「**再交付申請書**」を提出して下さい。

被保険者等 記号番号	歯国		.				-		
組合員本人 氏名									
交付を 希望する方 の氏名									
申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード更新手続き中 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 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出来ない事情を具体的に記載して下さい。 (マイナ保険証をお持ちの方には上記以外の理由では、原則交付できません。)								

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請いたします。
令和 年 月 日

組合員本人 氏名※	(個人印) Ⓜ	住所	〒	TEL	

※(申請対象：甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象：乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

常務理事	事務長	課長	確認	係	証交付	受領者
					月 日	<input type="checkbox"/> 郵送
						<input type="checkbox"/> 窓口

記載例

資格確認書交付申請書

受付

※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。

※資格確認書を紛失した場合は、「再交付申請書」を提出して下さい。

被保険者等 記号番号	歯国	1	2	.	0	1	2	3	-	0	0	1
組合員本人 氏名	国保 太郎											
交付を 希望する方 の氏名	国保 太郎											
	国保 次郎											
申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード更新手続き中 <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 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出来ない事情を具体的に記載して下さい。											

大阪府歯科

単に資格確認書が欲しいからという理由では交付できません。

上します。

令和 年 月 日

組合員本人 氏名※	交付の対象となる組合員世帯の組合員本人の記載・押印 (事業主の印は不可)											
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※(申請対象：甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象：乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

常務理事	事務長	課長	確認	係	証交付	受領者
					月 日	<input type="checkbox"/> 郵送
						<input type="checkbox"/> 窓口

※ 組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外には使用しません。