

全国歯科医師国民健康保険組合

資格確認書交付申請書

(あて先)全国歯科医師国民健康保険組合 理事長

| | | | | | |
|-----|-----------|---|--|------|-----|
| 申請日 | 年 月 日 | | | | |
| 申請者 | 氏名 | | | 電話 | - - |
| | 住所 | | | | |
| | 組合員からみた関係 | <input type="checkbox"/> 組合員本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 組合員 | 氏名 | | | 個人番号 | |
| | | | | | |

※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要です。

ここから下の太枠内は、資格確認書の交付を希望する方について記入してください。

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----|--|-------------------|--|
| 住所 | <input type="checkbox"/> 同上 | | | | |
| 1 | フリガナ | | | (申請理由) ①紛失 ②カード返納 | |
| | 氏名 | 男・女 | | ③介助 ④マイナ保険証解除希望 | |
| | 生年月日 | | | ⑤その他 () | |
| | | | | 個人番号 | |
| 2 | フリガナ | | | (申請理由) ①紛失 ②カード返納 | |
| | 氏名 | 男・女 | | ③介助 ④マイナ保険証解除希望 | |
| | 生年月日 | | | ⑤その他 () | |
| | | | | 個人番号 | |
| 3 | フリガナ | | | (申請理由) ①紛失 ②カード返納 | |
| | 氏名 | 男・女 | | ③介助 ④マイナ保険証解除希望 | |
| | 生年月日 | | | ⑤その他 () | |
| | | | | 個人番号 | |
| 4 | フリガナ | | | (申請理由) ①紛失 ②カード返納 | |
| | 氏名 | 男・女 | | ③介助 ④マイナ保険証解除希望 | |
| | 生年月日 | | | ⑤その他 () | |
| | | | | 個人番号 | |
| (記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明 | <p>(申請理由)について、①～④を選択してください。</p> <p>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</p> <p>② マイナンバーカードを返納する予定</p> <p>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</p> <p>④ マイナ保険証の登録解除希望のため</p> <p>⑤ その他 (被保険者証紛失等)</p> <p>※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。</p> <p>【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。</p> | | | | |

(様式34号)

被保険者証返納不能届書

| | | | |
|----------------|-------|------------|-----------------------|
| 被保険者証 記号・番号 | 全歯 15 | 組合員・家族 氏 名 | 盗 難 紛 失 年 月 日 |
| | | | |
| 盗難及び紛失理由 | | | 警察への届出 (有 ・ 無) |

上記のとおり被保険者証を盗難・紛失により返納不能となりましたので、お届け致します。
尚、今後この被保険者証による保険給付が生じた時は、その責を負います。

令和 年 月 日

(本人署名) 届出人 (組合員) 〒
住 所
氏 名
電話番号 (— —)

届出人が2．3種組合員である場合は、雇用主である1種組合員も連記して下さい。

(院長先生署名) 1種組合員 〒
住 所
氏 名
電話番号 (— —)

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

| | | | | |
|--------|-------|-----|------|---|
| 被保険者台帳 | 新 番 号 | 支部長 | 支部常務 | 係 |
| | 全歯 | | | |
| | | | | |



(様式35号)

始 末 書

私 このたび被保険者証を（紛失・破損・その他）しましたので、お届けします。

今後は、二度とこのようなことがないように十分注意すると共に、この件により発生した事故については、私が責任を負うことを誓います。

又、紛失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納します。

令和 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出人(組合員) 被保険者証記号・番号(わかる場合のみ)

全歯 15 -

〒

住 所

(本人署名) 氏 名

電話番号(- -)