

## 資格確認書(再)交付申請書

組合員番号		組合員氏名		生年月日		
公立岩					昭・平・令 年 月 日	
(フリガナ)				続柄	生年月日	
組合員 氏名				本人	昭和 平成 令和 年 月 日	
(フリガナ)				続柄	生年月日	
交付 対象者	被扶養者 氏名				昭和 平成 令和 年 月 日	
	(フリガナ)				続柄	生年月日
	被扶養者 氏名				昭和 平成 令和 年 月 日	
	(フリガナ)				続柄	生年月日
	被扶養者 氏名				昭和 平成 令和 年 月 日	
	(フリガナ)				続柄	生年月日
	被扶養者 氏名				昭和 平成 令和 年 月 日	

## 申請の理由(番号を○で囲んでください。)

- |  |  |
|--|--|
| 1 マイナンバーカードを紛失したため                     | 6 マイナンバーカードを返納したため                       |
| 2 マイナンバーカードの更新手続き中のため                  | 7 マイナ保険証による受診に第三者(介助者等)<br>のサポートが必要であるため |
| 3 マイナンバーカードの電子証明書の有効期限<br>切れのため        | 8 資格確認書を紛失・毀損したため                        |
| 4 マイナンバーカードを保有しているが保険証利<br>用登録をしていないため | 9 その他(マイナ保険証を利用できない理由)                   |
| 5 マイナンバーカードを作成していないため                  |  |

〔 〕

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合岩手支部長 様

令和 年 月 日

住 所  
申 請 者  
氏 名