

## 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

  

交付対象者	(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	
	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)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