

(マイナ保険証の利用が困難な方用)資格確認書交付申請書

組合員番号			
所属所名	組合員氏名	性別	組合員 生年月日
		男・女	年 月 日
申請対象者 (申請対象者が組合員本人の場合、被扶養者欄の記載不要)	被扶養者氏名	性別	被扶養者 生年月日
		男・女	年 月 日
①申請理由 (1～3の該当箇所に○)	1 マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者のため(マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障がい者の方)		
	2 マイナンバーカードを返納した、又は電子証明書の有効期限切れのため(更新予定なしの場合)		
	3 マイナンバーカードを紛失した、又は更新中のため		
	※申請理由1・2	→	最長5年有効のものを交付
※申請理由3	→	最長3か月有効のものを交付	
②マイナ保険証での受診が困難な場合は、その状況・事情を記載してください。 マイナンバーカードを紛失・更新中等の場合は、その状況を記載してください。 (できるだけ具体的に)			
上記のとおり申請します。			
公立学校共済組合大支部長 殿			
令和 年 月 日			
住所			
組合員 氏名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和 年 月 日			
〈 所属機関所在地 〉 〒 —			
〈 所属機関の長 〉 職 名			
氏 名			
〈 電話番号 〉 () —			

申請上の注意

- 1 マイナ保険証の利用登録をされている方に対しては、原則として資格確認書は交付しません。
- 2 マイナ保険証の利用登録をされている方で、資格確認書の交付を希望する場合は、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書」を提出してください。