

この申請書は、マイナ保険証を保有している方で、下記に掲げる理由等により、その利用が困難な場合に「資格確認書」の交付を申請するために使用いただくものです。

①マイナ保険証を保有していない方、②マイナナンバーカードの健康保険証としての利用登録の解除を届け出た方、③マイナナンバーカードを返納した方には、経過措置が終了する（R7.12.1）までに「資格確認書」を申請いただくことなく共済から交付しますので、この申請書を提出しないでください。

受付	審査

(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

組合員記号 ・ 番号		記号	番号（10桁）	
		公立阪		
フリガナ			生 年 月 日	
組合員氏名			昭和・平成・令和 年 月 日	
フリガナ			続柄	生 年 月 日
対象者氏名	※ 交付対象者が組合員本人の場合は、「同上」と記載してください。			昭和・平成・令和 年 月 日
□上記対象者は、要介護の高齢者である、障がいを持っている、もしくはこれらに類する理由により、保有しているマイナ保険証を利用して医療機関を受診することが困難であるため、資格確認書の交付を申請します。 (↑ 必ず☑をしてください。) 公立学校共済組合大阪支部長 様 令和 年 月 日 組合員本人署名： _____ ※ 組合員本人が自署してください。				
令和 年 月 日				
所属所名				
所属所長名				
TEL				
受付印(※)				

(※) 組合員から提出されたことを確認のうえ、所属所にて受付印（又は公印）を押印してください。

この申請書の受理後、現在すでに有効な資格確認書・組合員証（被扶養者証）をお持ちの方にはその期限までに、現在有効な資格確認書・組合員証（被扶養者証）をお持ちでない方には即時に、資格確認書を作成し、所属所長あてに交付します。