

交付を希望する 被保険者	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ		
	被保険者番号		個人番号	

申請理由	該当するものに☑してください。
	☐ 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 ☐ マイナンバーカードを返納する予定である ☐ 介助者等の第三者が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 ☐ 任意記載事項（負担限度額等の適用区分・特定疾病区分）についても記載したい ☐ その他 ※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
	※マイナンバーカードを取得していない方、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。

任意記載事項の記載を希望しない場合は☑	☐ 任意記載事項の記載を希望しない
	※任意記載事項とは「自己負担限度額等の適用区分」「特定疾病区分」をいいます。 チェックのない場合は、記載して発行します。 ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関において、1箇月につき定められた自己負担限度額範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分または食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

年 月 日

被保険者との続柄

処理欄	証交付：窓口 ・ 郵送（ / ）	確認書類	<本人> 運転免許証・マイナカード・障がい者手帳・被保険者証（医療・介護） 預金通帳・キャッシュカード・その他（ ）
	証回収：済 ・ 未 （ / ）		
	マイナ保険証の有無： 有 ・ 無		<代理人>
	次年度以降継続発行希望： 有 ・ 無		運転免許証・マイナカード・障がい者手帳・被保険者証（医療・介護） 預金通帳・キャッシュカード・その他（ ）