資格確認書等再交付申請書の注意点

【提出書類チェックリスト】

組合様式	1☐ 資格確認書等再交付申請書《様式２号》 2☐ マイナンバー記入票（マイナンバーが確認できる書類のコピーを添付） 《様式第１・２・５・８・42・43 号－２》
準備書類	3☐ 提出者の身元確認書類 （運転免許証のコピー等、顔写真のある証明書類１点。または、その他の証明書類２点）

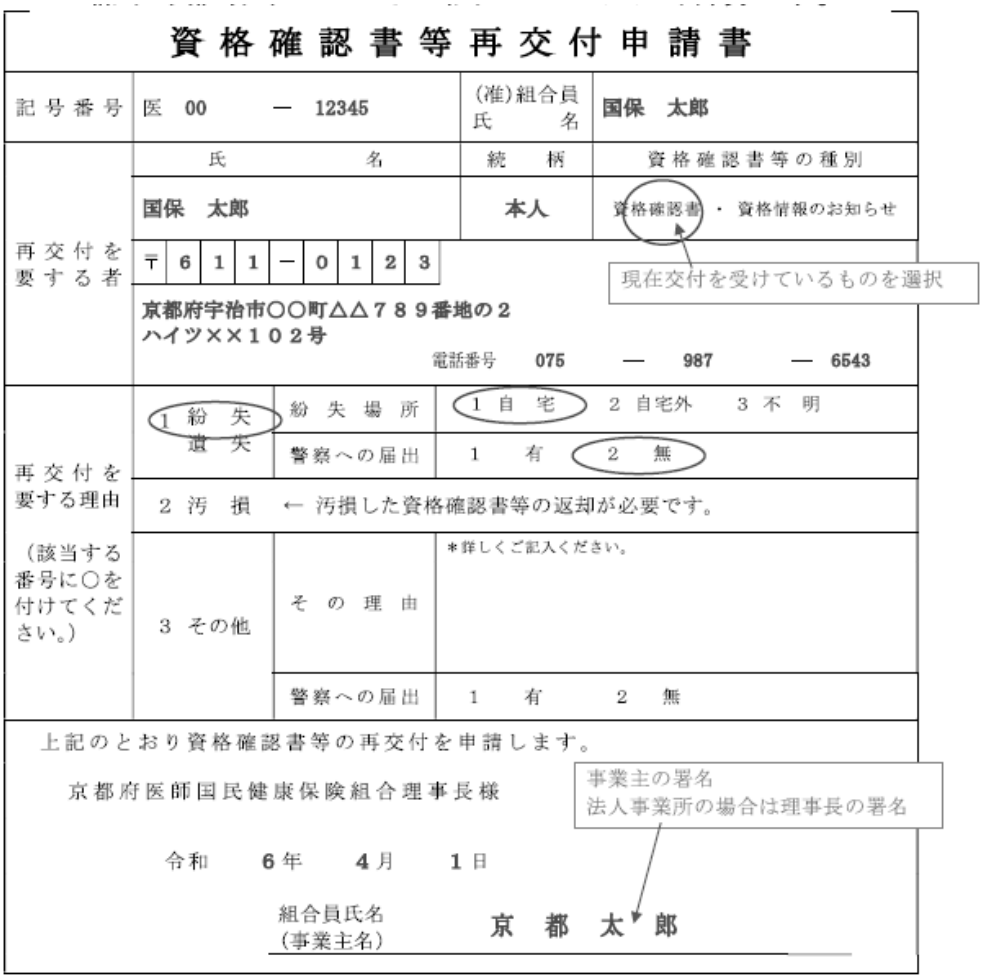
【注意事項】

・自宅外での紛失や窃盗等に遭われた場合は必ず最寄の警察へ届け出を行ってください。

【提出前の再確認】

・申請書に記入漏れはありませんか。

【記入例】



資格確認書等再交付申請書

記号番号	医 00 — 12345	(准)組合員氏名	国保 太郎
再交付を要する者	氏名：国保 太郎 / 続柄：本人 / 資格確認書等の種別：資格確認書（○）・資格情報のお知らせ		
	〒611－0123 京都府宇治市○○町△△７８９番地の２ ハイツ××１０２号 電話番号 075 — 987 — 6543		
再交付を要する理由（該当する番号に○を付けてください。）	1 紛失・遺失	紛失場所	1 自宅（○） 2 自宅外 3 不明
		警察への届出	1 有 2 無（○）
	2 汚損 ← 汚損した資格確認書等の返却が必要です。		
	3 その他	その理由	＊詳しくご記入ください。
		警察への届出	1 有 2 無

上記のとおり資格確認書等の再交付を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和 6年 4月 1日

組合員氏名（事業主名） 京 都 太 郎

（現在交付を受けているものを選択）

（事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名）

様 式 第 2 号

事務長	確　認	業務係	証回収

マイナンバーは、マイナンバー記入票
（様式第１・２・５・８・42・43 号－２）に記入

資格確認書等再交付申請書

記号番号	医　　－	(准)組合員 氏　　名	
再交付を要する者	氏　　名	続　　柄	資格確認書類の種別
			資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ
	〒　　－		
	電話番号　　—　　—		

再交付を要する理由 （該当する番号に○を付けてください。）	1 紛失 遺失	紛失場所	1 自宅　2 自宅外　3 不明
		警察への届出	1 有　2 無
	2 汚損	← 汚損した資格確認書等の返却が必要です。	
	3 その他	その理由	＊詳しくご記入ください。
		警察への届出	1 有　2 無

上記のとおり資格確認書類の再交付を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和　　年　　月　　日

組合員氏名
（事業主名）

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、下記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】
私は、下記の者を代理人と定め、
この申請を依頼します。
令和　　年　　月　　日

受任者 (代理人)	氏名
委任者 (提出者)	氏名

組合記入欄	本人確認		確認書類廃棄	

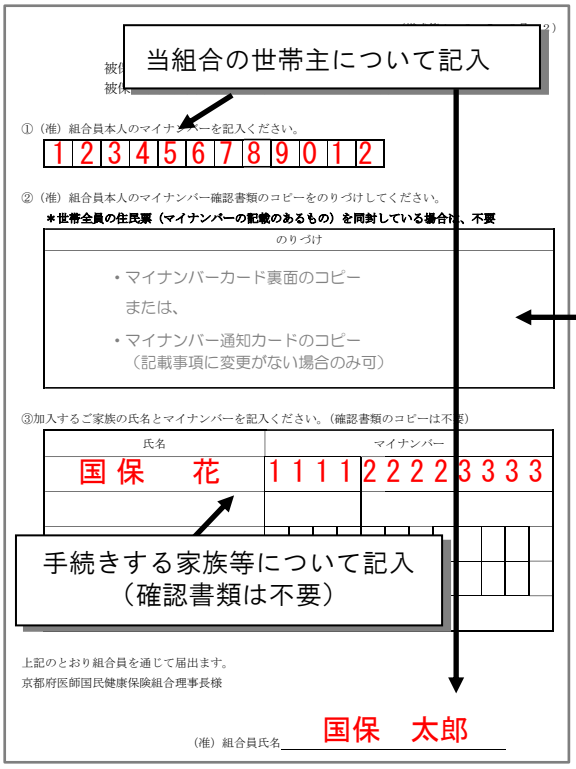
番号確認	身元確認
□マイナンバーカード（裏） □通知カード □住民票 その他（　　）	□マイナンバーカード（表） □運転免許証　□パスポート 次の２点 □資格確認書　□年金手帳 □住民票　□源泉徴収票 □納税通知書　その他（　　）

組合記入			
	再交付した資格確認書等の種別	資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ	＊ 備 考
	記号番号	医　　－	
	再交付年月日		

個人番号（マイナンバー）制度への対応について

マイナンバー制度が開始されたことにより、当組合の各種届出書類に**「マイナンバーの記入と確認書類の添付」、「提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類の添付」**が必要となりました。
下記参照のうえ、各種届出書類と合わせてご提出をいただきますようお願いいたします。

１．マイナンバー記入票にマイナンバーを記入



２．マイナンバーの確認書類を添付

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、不要

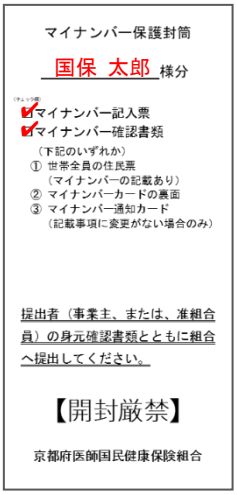
・マイナンバーカード裏面のコピー

または、

・マイナンバー通知カードのコピー
（記載事項に変更がない場合のみ可）

をのりづけください。

３．マイナンバー記入票を保護封筒に入れる



住民票にマイナンバーの記載がある場合は、同封してください。

４．提出者（事業主、または、(准)組合員）の身元確認書類とともに当組合へ提出

【提出者の顔写真のある証明書類１点】
マイナンバーカード表面のコピー、
運転免許証のコピー、パスポートのコピー等

【困難な場合は、次のうちから２点】
資格確認書（写）、年金手帳（写）、住民票、
源泉徴収票（写）、納税通知書（写）

＊代理人（社会保険労務士等）が提出をされる場合は、委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

追跡が可能な簡易書留や特定記録郵便またはレターパックプラス･ライトなどで送付ください。
→を切り取りのうえ、封筒に貼ってご使用ください。

〒604-8418
京都市中京区西ノ京東栂尾町６番地
京都府医師会館７Ｆ

京都府医師国民健康保険組合　資格担当　行

（様式第１・２・５・８・42・43 号－２）

被保険者資格取得届、資格確認書等再交付申請書、住所・氏名変更届、被保険者資格喪失届、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、資格確認書交付申請書の２（**マイナンバー記入票**）

①（准）組合員本人のマイナンバーを記入ください。

②（准）組合員本人のマイナンバー確認書類のコピーをのりづけしてください。

＊世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、貼付不要

＊通知カードは氏名、住所等が住民票の記載と一致している場合のみ使用可能

のりづけ
・マイナンバーカード裏面のコピー または、 ・マイナンバー通知カードのコピー （記載事項に変更がない場合のみ可）

③ 手続き（加入・変更・喪失・再交付等）するご家族の氏名とマイナンバーを記入ください。
（確認書類のコピーは不要）

氏名	マイナンバー											

上記のとおり組合員を通じて届出ます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

（准）組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【マイナンバーの利用目的について】

当組合は、被保険者のマイナンバーを、番号法別表第４４項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

マイナンバー保護封筒

＿＿＿＿＿＿＿＿様分

〈チェック欄〉

□マイナンバー記入票

□マイナンバー確認書類

（下記のいずれか）

① 世帯全員の住民票
（マイナンバーの記載あり）

② マイナンバーカードの裏面

③ マイナンバー通知カード
（記載事項に変更がない場合のみ）

必ず封をしてください。

提出者（事業主、または、（准）組合員）の身元確認書類とともに組合へ提出してください。

【開封厳禁】

京都府医師国民健康保険組合

のりしろ

②谷折り

のりしろ

のりしろ

③山折り

のりしろ

①山折り

のりしろ

④山折り

【マイナンバー保護封筒の作り方】

1. 五折り線を開く。
2. 一度開き①→②→③→④の順に山折りします。
3. マイナンバーに関係ないものは入れないでください。
4. □にチェックを入れてください。
5. 書類をすべて封筒に入れたら、のりしろを封をしてください。