

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あて先) みどり市長 次のとおり申請します。

				申請日	年 月 日																	
申請者	氏名											電話										
	生年月日	年		月		日		個人番号														
	住所																					
	世帯主との続柄	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()																				
	世帯主氏名	※申請者が世帯主本人の場合、記入不要										電話										

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

住所	☐ 申請者と同じ																			
1	氏名											申請理由 1. 紛失・更新 2. 返納予定 3. 介助 4. その他 ()								
	生年月日	年		月		日		個人番号												
2	氏名											申請理由 1. 紛失・更新 2. 返納予定 3. 介助 4. その他 ()								
	生年月日	年		月		日		個人番号												
3	氏名											申請理由 1. 紛失・更新 2. 返納予定 3. 介助 4. その他 ()								
	生年月日	年		月		日		個人番号												
4	氏名											申請理由 1. 紛失・更新 2. 返納予定 3. 介助 4. その他 ()								
	生年月日	年		月		日		個人番号												
(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明		1. 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。 2. マイナンバーカードを返納する予定である。 3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である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。 4. 1. から3. までの理由以外の場合 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 (注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを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。																		
処理欄	本人受付							交付方法							受付日	入力日	受付者			
	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 在留カード ☐ パスポート ☐ その他 ()							☐ 窓口 ☐ 郵送 (/)												