

国民健康保険 資格確認書交付申請書

大町市長 殿 下記のとおり申請します。

申請日	99年99月99日												
申請書	氏名	大町 太郎	電話	0261 - ×× - ××××									
	住所	大町市大町3887											
	世帯主からみた関係	☒ 世帯主本人 ☐ 世帯員（ ） ☐ その他（ ）											
世帯主	氏名	☒ 申請者と同じ											
	個人番号												

住所		☒ 申請者と同じ											
1	(フリガナ)	オオマチ タロウ										(申請理由)	
	氏名	大町 太郎										1. 紛失 2. カード返納(保険証利用登録解除) 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	昭和30年 1月 1日										個人番号	
2	(フリガナ)											(申請理由)	
	氏名											1. 紛失 2. カード返納(保険証利用登録解除) 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	年 月 日										個人番号	
3	(フリガナ)											(申請理由)	
	氏名											1. 紛失 2. カード返納(保険証利用登録解除) 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	年 月 日										個人番号	
4	(フリガナ)											(申請理由)	
	氏名											1. 紛失 2. カード返納(保険証利用登録解除) 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	年 月 日										個人番号	
5	(フリガナ)											(申請理由)	
	氏名											1. 紛失 2. カード返納(保険証利用登録解除) 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. 紛失 マイナンバーカードを紛失または更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない 2. カード返納 マイナンバーカードを返納または保険証利用登録を解除する予定である 3. 介助 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. 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 (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。											