

国民健康保険 資格確認書交付申請書

大田市長 様

次のとおり申請します。

申請日	年 月 日																							
申請者	氏名		電話	— —																				
	住所																							
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ()																						
世帯主	氏名		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

※ 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	<input type="checkbox"/> 同上																						
1	フリガナ	(申請理由)																					
	氏名	1.マイナカード紛失 2.マイナカード返納 3.介助 4.その他 ()																					
	生年月日	年 月 日	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
2	フリガナ	(申請理由)																					
	氏名	1.マイナカード紛失 2.マイナカード返納 3.介助 4.その他 ()																					
	生年月日	年 月 日	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
3	フリガナ	(申請理由)																					
	氏名	1.マイナカード紛失 2.マイナカード返納 3.介助 4.その他 ()																					
	生年月日	年 月 日	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
4	フリガナ	(申請理由)																					
	氏名	1.マイナカード紛失 2.マイナカード返納 3.介助 4.その他 ()																					
	生年月日	年 月 日	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
(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または更新中で、有効なマイナンバーカードが手元がない 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がい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。																						

来庁者区分	世帯主本人	法定代理人(後見、親権等)	左の者以外	来庁者本人確認
	同一世帯員	登記事項証明書 住民基本台帳 その他 ()	委任状 本人固有の書類 (免許証等) その他	
				個人番号カード 免許証 旅券 身障手帳 年金手帳 療育手帳 精神手帳 介護保険証 その他 ()