

国民健康保険 資格確認書交付申請書

被保険者 記号・番号	—
---------------	---

資格確認書の交付を必要とする被保険者

No.	氏名	生年月日	世帯主との 続柄	申請理由
1		昭・平・令 . .		1. 紛失・更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	個人番号			
2		昭・平・令 . .		1. 紛失・更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	個人番号			
3		昭・平・令 . .		1. 紛失・更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	個人番号			
4		昭・平・令 . .		1. 紛失・更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	個人番号			
5		昭・平・令 . .		1. 紛失・更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	個人番号			

(申請理由欄の捕捉説明)

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. 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。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 大川市大字 _____

世帯主 氏名 _____

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大川市長 殿

電話番号 () —

受付	資格確認書
	R . . (窓口交付 ・ 郵送)

資格確認書受領者 氏名 _____