

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あて先)神崎町長 次のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日	
申請者	氏名	電話
	住所	神崎町
	世帯主からみた関係 <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

※代理人が申請する場合は、委任状を添付して下さい。

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)	
	氏 名	男・女
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( ) 個人番号	
2	(フリガナ)	
	氏 名	男・女
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( ) 個人番号	
3	(フリガナ)	
	氏 名	男・女
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( ) 個人番号	
4	(フリガナ)	
	氏 名	男・女
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( ) 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又はする予定である 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. マイナ保険証を取得しておらず、被保険者証を紛失した 5. 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)	