

国民健康保険 資格確認書交付申請書

下松市長 様

申請日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	氏名		電話番号	
	住所			
	世帯主からみた続柄	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()		
世帯主	氏名		個人番号	

※代理人が申請する場合は、委任状及び代理人の本人確認書類（運転免許証等）が必要です。

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	☐ 同上			
1	(フリガナ)		(申請理由)	
	氏名		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. ()	
	生年月日	年 月 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 3. 介助 4. ()	
	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 3. 介助 4. ()	
	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 3. 介助 4. ()	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
申請理由説明欄	1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中の者 2. マイナンバーカードを返納又はマイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除する予定のある者 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者 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してください。（ （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。			

市処理欄	(本人確認)
	運転免許証・マイナンバーカード
	その他 ()

受付者