

国民健康保険 資格確認書交付申請書

木更津市長 様

		申請日	令和	年	月	日					
申請者	氏名						電話				
	住所	木更津市									
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主		<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が必要です)

※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														
1	(フリガナ)													
	氏名	(申請理由) 1. カードの紛失 2. 返納 3. 介助 4. その他()												
	生年月日	年	月	日	個人番号									
2	(フリガナ)													
	氏名	(申請理由) 1. カードの紛失 2. 返納 3. 介助 4. その他()												
	生年月日	年	月	日	個人番号									
3	(フリガナ)													
	氏名	(申請理由) 1. カードの紛失 2. 返納 3. 介助 4. その他()												
	生年月日	年	月	日	個人番号									
4	(フリガナ)													
	氏名	(申請理由) 1. カードの紛失 2. 返納 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		申請理由 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												
		申請理由 2: マイナンバーを返納する予定である												
		申請理由 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												
		申請理由 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ができない事情を記載ください。												
		(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健康保険証の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ます。												

		受付	確認
市町村記入欄 (記入しないでください)			
本人確認書類	免・マ・他()		
発行日	令和 年 月 日		