

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あて先) 時津町長 様 次のとおり申請します。

申請日	年 月 日		被保険者記号番号	時津・		
申請者	氏名				電話	- -
	住所					
	世帯主からみた関係	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()				
世帯主	氏名	☐ 同上				
					(個人番号)	

※代理人が申請する場合は、別途、委任状等の添付が必要です。

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		☐ 同上							
1	(フリガナ)			続柄	(申請理由)				
	氏 名				1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		(個人番号)					
2	(フリガナ)			続柄	(申請理由)				
	氏 名				1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		(個人番号)					
3	(フリガナ)			続柄	(申請理由)				
	氏 名				1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()				
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		(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。							

〈町記入〉 年 月 日 ☐窓口交付 ☐郵送交付 処理者：

(☐マイナ紛失・返納等：自動更新なし ☐要配慮者：自動更新要)

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あて先) 時津町長 様 次のとおり申請します。

申請日	令和●年 ●月 ●日		被保険者記号番号	時津・(職員が記入します)	
申請者	氏名	時津 花子		電話	連絡のつく電話番号
	住所	時津町○郷○番地○ ○○アパート×××号室			
	世帯主からみた関係	☐ 世帯主本人 ☒ 世帯員 (妻) ☐ その他 ()			
世帯主	氏名	☐ 同上 時津 一郎		(個人番号)	マイナンバーカード裏面の12桁

※代理人が申請する場合は、別途、委任状等の添付が必要です。

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	☒ 同上 (申請者と住所が異なる場合は記入してください)				
1	(フリガナ)	トギツ ハナコ	続柄	(申請理由)	
	氏 名	時津 花子	妻	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日	(個人番号)	マイナンバーカード裏面の12桁	
2	(フリガナ)			(申請理由)	
	氏 名			1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()	
	生年月日	「介助」を選択する場合は、介護保険証や障害者手帳、特定医療費(指定難病)医療受給者証など、証明書類をお持ちください。 また、介護保険認定申請中など、現時点で証明書類を提示できない場合は、国保・健康増進課までご相談ください。			
3	(フリガナ)				
	氏 名				
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	(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。				

〈町記入〉 年 月 日 ☐窓口交付 ☐郵送交付 処理者：

(☐マイナ紛失・返納等自動更新なし・☐要配慮者のため自動更新要)