

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(宛先) 柳井市長

申請日	令和 年 月 日			被保険者番号	6 0 - -			
申請者	氏名				電話番号	- -		
	住所							
	世帯主との続柄		☐ 本人 ☐ 世帯員 ☐ その他（ ）					
世帯主	☐ 申請者が世帯主本人の場合は☑してください。（世帯主欄は記入不要です）							
	氏名				電話番号	- -		
					個人番号			
	住所	☐ 同上						
1	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	氏 名				個人番号			
2	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	氏 名				個人番号			
3	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	氏 名				個人番号			
4	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	氏 名				個人番号			
5	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	氏 名				個人番号			
申 請 理 由								
☐ 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								
☐ 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								
☐ 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。								

市 処 理 欄	本人確認		交付方法	受付
	免許証 他（	マイナンバーカード ）	窓口・郵送 （ / ）	