

決 裁	課長	係長	係員

国民健康保険 資格確認書交付申請書

光 市 長 様
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	□山口県光市				
	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	□申請者と同じ		(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		□申請者と同じ				
1	(フリガナ)			(申請理由)		
	氏 名	□申請者と同じ 男・女		□紛失 □カード返納 □介助 □その他()		
	生年月日	年 月 日		(個人番号)		
2	(フリガナ)			(申請理由)		
	氏 名	男・女		□紛失 □カード返納 □介助 □その他()		
	生年月日	年 月 日		(個人番号)		
3	(フリガナ)			(申請理由)		
	氏 名	男・女		□紛失 □カード返納 □介助 □その他()		
	生年月日	年 月 日		(個人番号)		
4	(フリガナ)			(申請理由)		
	氏 名	男・女		□紛失 □カード返納 □介助 □その他()		
	生年月日	年 月 日		(個人番号)		
申請理由欄の補足説明		□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。 □マイナンバーカードを返納する予定である。 □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 以下は記入しないでください -----

交付の方法		□窓口交付 □郵便(月 日送付)		有効期限	
番号法による確認	番号確認(本人)	身元確認(本人または代理人)			代理権確認
	□マイナンバーカード □通知カード □その他()	1点	□個人力 □運免 □パス □手帳 □在留力 □その他()		□戸籍等 □委任状 □その他()
要 不 要		2点	□資格確認書 □介護保険証 □年金手帳 □その他()		

※本人確認ができた場合、個人番号の記載は不要 (受付:)