

国民健康保険 資格確認書交付申請書

被保険者 記号番号			
世帯主氏名			
1	ふりがな		性別 (申請理由) 1. マイナンバーカード紛失・更新中 2. マイナンバーカード返納 3. 介助者 4. その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
2	ふりがな		性別 (申請理由) 1. マイナンバーカード紛失・更新中 2. マイナンバーカード返納 3. 介助者 4. その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
3	ふりがな		性別 (申請理由) 1. マイナンバーカード紛失・更新中 2. マイナンバーカード返納 3. 介助者 4. その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
4	ふりがな		性別 (申請理由) 1. マイナンバーカード紛失・更新中 2. マイナンバーカード返納 3. 介助者 4. その他()
	氏名		
	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)		<p>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</p> <p>2. マイナンバーカードを返納した、又は返納する予定である</p> <p>3. 介助者等の第三者が高齢者又は障がいの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</p> <p>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。)</p> <p>※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、職権で資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。</p>	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

甲州市長様

届出人

住所

氏名

本人 世帯主 世帯員 その他()

電話番号

※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要です。

※ここから下は、職員の記入欄です

交付	<input type="checkbox"/> 窓口交付済	<input type="checkbox"/> 本人確認できず、郵送対応(郵送日 月 日)
本人確認書類 (写真付き1点 もしくは 写真無し2点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	()
	<input type="checkbox"/> 在留カード	

証の交付について

※申請理由3. 介助者等で申請した場合は、以降の年次更新時にはマイナ保険証の保有状況に関わらず、職権で資格確認書が交付されます。

※3. 介助者等以外の理由で申請した場合は、資格確認書は有効期限までお使いいただけます。（有効期限後については、マイナ保険証で受診してください。）