

国民健康保険 資格確認書交付申請書

東御市長あて

|        |           |                                                                                                     |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|--------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 東御市長あて |           | 申請日                                                                                                 | 令和    | 年                    | 月                    | 日                    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 申請者    | 氏 名       |                                                                                                     |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|        | 住 所       | <input type="checkbox"/> 長野県東御市                                                                     |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|        | 世帯主からみた続柄 | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他(※委任状が必要です) |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 世帯主氏名  |           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                     | 個人番号  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|        |           |                                                                                                     | 記号・番号 | とうみ・                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

※ 本人確認      マイナンバーカード・免許証

下記は、交付を希望する人について記入してください

その他( )

[illegible]

## 申請理由の詳細

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がい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(マイナ保険証で資格確認を受けることができない理由を具体的に記入してください)

※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。