国民健康保険 資格確認書交付申請書

川南町長 様

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

窓口に来た人 氏名 _____
 世帯主との続柄 _____
※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の町長が適当と認める書類の添付が必要

次のとおり申請します。なお、紛失若しくは盗難にあった国民健康保険資格確認書を発見したときは、直ちに返還することを誓約します。

住 所											
1	(フリガナ)										
	氏名	男・女								(申請理由)	
	生年月日	年	月	日	個人番号						
2	(フリガナ)										
	氏名	男・女								(申請理由)	
	生年月日	年	月	日	個人番号						
3	(フリガナ)										
	氏名	男・女								(申請理由)	
	生年月日	年	月	日	個人番号						
4	(フリガナ)										
	氏名	男・女								(申請理由)	
	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	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がない。 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 (1) 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してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 600px; margin: 5px 0;"></div> (2) 汚(破)損の場合は、その資格確認書を添えて申請してください。										
備 考	1 窓口に来た人の本人確認書類が必要です。 2 下記の確認書類がないときは、住所登録地への郵送となります。なお、この場合は、即日交付はできません。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 600px; margin: 5px 0;"> 確認書類 運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・障がい者手帳 その他 () </div>										

再交付年月日		郵送日		担当印	
--------	--	-----	--	-----	--