

# 国民健康保険資格確認書交付申請書

伊万里市長 様 次のお通り申請します。

申請日	年 月 日					
申請者	氏名				電話番号	— —
	住所					
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )				
世帯主	氏名			記号番号		
				個人番号		

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町が適当と認める書類の添付が必要)

※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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる⇒					
1	(フリガナ)				申請理由	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他( )
	氏名					
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	世帯主との 続 柄		個人番号	
2	(フリガナ)				申請理由	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他( )
	氏名					
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	世帯主との 続 柄		個人番号	
3	(フリガナ)				申請理由	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他( )
	氏名					
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	世帯主との 続 柄		個人番号	
4	(フリガナ)				申請理由	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他( )
	氏名					
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	世帯主との 続 柄		個人番号	
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 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					

課長	副課長	係長	受付・審査・作成	点 検	交 付
					窓口・郵送

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・資格確認書・その他( )

番号確認方法：個人番号カード・住民票の写し等・住基または標準システム