

国民健康保険 資格確認書交付申請書

中井町長 殿 次のとおり申請します。

記入日

申請日	令和〇年〇〇月〇〇日																		
申請者	住所	中井町比奈窪56																	
	氏名	中井 太郎					電話	0465-81-1114											
	世帯主から見た続柄		☒ 本人 ☐ 世帯員() ☐ その他()																
世帯主	氏名	中井 太郎					個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1

※代理人が申請する場合は、別途委任状等の書類の添付が必要です。

資格確認書の交付を希望する被保険者

住所	☒ 同上																
1	フリガナ	ナカイ タロウ					(申請理由)										
	氏名	中井 太郎 ☒ 男 ☐ 女					1.紛失等 2.カード返納 3.介助 4.その他()										
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日				個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
2	フリガナ	ナカイ ハナコ					(申請理由)										
	氏名	中井 花子 ☐ 男 ☒ 女					1.紛失等 2.カード返納 3.介助 4.その他()										
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9
3	フリガナ						(申請理由)										
	氏名						1.紛失等 2.カード返納 3.介助 4.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						1.紛失等 2.カード返納 3.介助 4.その他()										
	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また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。
	3.介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるなど、マイナ保険証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入してください。	

※町記入欄

本人確認	マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他()
交付年月日	年 月 日