

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(宛先) 伊勢崎市長 次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日	被保険者記号・番号	—													
申請者	氏名				電話	— —													
	住所																		
	世帯主からみた関係	□世帯主本人 □世帯員 () □その他 ()																	
世帯主	氏名				(個人番号)														

※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		□同上																	
1	(フリガナ)				(申請理由)														
	氏 名	男・女			1. 紛失又は更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()														
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(個人番号)													
2	(フリガナ)				(申請理由)														
	氏 名	男・女			1. 紛失又は更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()														
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(個人番号)													
3	(フリガナ)				(申請理由)														
	氏 名	男・女			1. 紛失又は更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()														
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(個人番号)													
4	(フリガナ)				(申請理由)														
	氏 名	男・女			1. 紛失又は更新中 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()														
	生年月日	昭和 平成 令和	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																	

職員確認欄

〔本人確認〕				〔代理権確認〕				〔個人番号確認〕			
☐ 免許証	☐ 個人番号カード	☐ 免許証	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号確認済み							
☐ パスポート	☐ 在留カード	☐ パスポート	☐ 在留カード								
☐ 他 ()		☐ 他 ()									
				☐ 委任状							
								受付職員		交付日	
								郵送		／ ☐ 郵送	