

## 国民健康保険資格確認書交付申請書

(宛先) 珠洲市長 次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日					
世帯主	住所								
	氏名				個人番号				
申請者	住所	<input type="checkbox"/> 同上							
	氏名				電話番号				
	世帯主からみた関係		<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						

(※同一世帯員以外の代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要です。)

※ここから下は、交付を希望する人について記入してください。

被保険者 記号・番号					
1	フリガナ				(申請理由)
	氏名	男・女		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( )	
	生年月日	年	月	日	個人番号
2	フリガナ				(申請理由)
	氏名	男・女		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( )	
	生年月日	年	月	日	個人番号
3	フリガナ				(申請理由)
	氏名	男・女		1. 紛失 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	男・女		1. 紛失 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 (注) マイナンバーカードを取得していない方、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。
--------------------------------	---

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ( ) <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( )	