

国民健康保険 資格確認書 交付申請書

菰野町長

申請日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
-----	----------------

届出人	住所	菰野町大字△△〇〇番地							
	氏名	菰野 太郎			電話番号	059-XXXX-XXXX			
世帯主	被保険者 記号・番号	1	2	3	4	5	6	生年月日	昭和平成・令和 45 年 11 月 11 日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ							
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ			電話番号	059-XXXX-XXXX			

以下のとおり交付の申請をします。

	交付が必要な被保険者			申請理由
	氏名	続柄	生年月日	
1	菰野 花子	妻	昭和平成・令和 50 年 10 月 10 日	①カード返納 2.介助 3.その他 ()
	個人番号			
2			昭和・平成・令和 年 月 日	1.カード返納 2.介助 3.その他 ()
	個人番号			
3			昭和・平成・令和 年 月 日	1.カード返納 2.介助 3.その他 ()
	個人番号			
4			昭和・平成・令和 年 月 日	1.カード返納 2.介助 3.その他 ()
	個人番号			
5			昭和・平成・令和 年 月 日	1.カード返納 2.介助 3.その他 ()
	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返納する予定である 2. 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 3. 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、マイナンバーカードを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。

受領署名
菰野 太郎

処理欄	受付	本人確認	担当者
	<input type="checkbox"/> 住民課 <input type="checkbox"/> 菰野 <input type="checkbox"/> 千種	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
	<input type="checkbox"/> 朝上 <input type="checkbox"/> 竹永 <input type="checkbox"/> 鶴川原	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
	交付日 (郵送日)	<input type="checkbox"/> その他	
	年 月 日	()	