国民健康保険 資格確認書交付申請書

佐川町長 殿

申請日	令和　　年　　月　　日

申請者	氏　名		電話番号	
	住　所	□佐川町		
	世帯主からみた関係	□世帯主本人　□世帯員　□その他(※委任状が必要です)		
	世帯主氏名	□申請者と同じ	個人番号	

※本人確認　マイナンバーカード　免許証　その他（　　）

下記は、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	ふりがな		(申請理由)	
	氏名	□申請者と同じ　男・女	1.紛失等　2.返納　3.介助　4.その他	
	生年月日	年　月　日	個人番号	
2	ふりがな		(申請理由)	
	氏名	男・女	1.紛失等　2.返納　3.介助　4.その他	
	生年月日	年　月　日	個人番号	
3	ふりがな		(申請理由)	
	氏名	男・女	1.紛失等　2.返納　3.介助　4.その他	
	生年月日	年　月　日	個人番号	
4	ふりがな		(申請理由)	
	氏名	男・女	1.紛失等　2.返納　3.介助　4.その他	
	生年月日	年　月　日	個人番号	
5	ふりがな		(申請理由)	
	氏名	男・女	1.紛失等　2.返納　3.介助　4.その他	
	生年月日	年　月　日	個人番号	

申請理由の詳細

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がい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(マイナ保険証で資格確認を受けることができない理由を具体的に記入してください)

※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。