

国民健康保険 資格確認書交付申請書

大豊町長 様 次のとおり申請します。

申 請 日	令和 年 月 日		
申 請 者	氏 名		電 話
	住 所		
	世帯主からみた関係	☐ 本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()	
世 帯 主	氏 名		個人番号

※代理人が申請する場合は、原則として委任状の添付が必要

※ここから下の欄は、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	フリカゝナ		(申請理由)
	氏 名		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生 年 月 日		個人番号
2	フリカゝナ		(申請理由)
	氏 名		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生 年 月 日		個人番号
3	フリカゝナ		(申請理由)
	氏 名		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生 年 月 日		個人番号
4	フリカゝナ		(申請理由)
	氏 名		1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生 年 月 日		個人番号

任意記載事項の記載の希望 ☐記載を希望する ☐記載を希望しない

(記載上の注意)

申請理由欄の説明

- 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。
- マイナンバーカードを返納する予定である。
- 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。
- その他の場合、マイナンバーカードでの受診ができない事情を具体的に記載してください。