

国民健康保険 資格確認書交付申請書

太枠内の記入をお願いします。

(あて先) 柏崎市長 様		申請日	令和	年	月	日
申請人	氏名	世帯主との関係				
		☐ 本人 ☐ 同一世帯の家族				
		☐ その他（委任状が必要）				
世帯主	住 所	柏崎市				
	氏 名					
	電 話 ()	—				

被 保 険 者 氏 名		続柄	交付を希望する理由	発送確認 (職員記載欄)
交 付 を 希 望 す る 方	(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ カード紛失 (3 か月)	済 (/) ・ 不要
	個人番号		☐ カード返納 (1 年)	
	(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ 介助 (1 年)	不要
	個人番号		☐ その他※	
	(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ カード紛失 (3 か月)	済 (/) ・ 不要
	個人番号		☐ カード返納 (1 年)	
	(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ 介助 (1 年)	不要
	個人番号		☐ その他※	
(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ カード紛失 (3 か月)	済 (/) ・ 不要	
個人番号		☐ カード返納 (1 年)		
(昭 ・ 平 ・ 令 ・ 西 暦 年 月 日)		☐ 介助 (1 年)	不要	
個人番号		☐ その他※		

(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。

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。

☐ 国民健康保険加入手続き時、マイナ保険証保有の有無が不明のため申請（3か月）

☐ 次の理由による（ ）

(職員記載欄) 確 認 資 料	個人番号カード	交 付 年 月 日	令和 年 月 日		
	パスポート	有 効 期 限	(3 か月)R / / (1 年)R / /		
	免許証	交 付 方 法	窓 口 郵 送		
	()	負 担 割 合	割	受 付 者	