

国民健康保険 資格確認書交付 申請書

柏崎市長 様		年	月	日	受付印
申請者	氏名				
	電話 — —				
世帯主	住所				
	氏名				
	申請者との関係性 ☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の家族 ☐ その他→委任状が必要 ※ 成年後見人等の場合、その他を選択してください。この場合、委任状は不要ですが関係性が確認できる書類が必要です。				
交付を希望する理由	☐ 【要配慮者（１年間）】 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				
	☐ 【カード返納（１年間）】 マイナンバーカードを返納する予定である				
	☐ 【カード紛失（３か月+メモ）】 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				
	☐ 【その他】 ※以下に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。				
注意事項	・申請にあたっては、申請人が世帯主本人または、同一世帯の家族であることが確認できるものをご持参ください。本人確認ができない場合、窓口交付ではなく郵送交付とさせていただきます。 ・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。				

交付を希望する方	被保険者氏名												交付等書類			
	(生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)												☐ 資格確認書/□資格情報のお知らせ			
													☐ メモ(カード紛失)/負担割合: 割			
	個人番号												お知らせ ☐ 有/□無			
	(生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)												☐ 資格確認書/□資格情報のお知らせ			
													☐ メモ(カード紛失)/負担割合: 割			
	個人番号												お知らせ ☐ 有/□無			
	(生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)												☐ 資格確認書/□資格情報のお知らせ			
													☐ メモ(カード紛失)/負担割合: 割			
	個人番号												お知らせ ☐ 有/□無			
(生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)												☐ 資格確認書/□資格情報のお知らせ				
												☐ メモ(カード紛失)/負担割合: 割				
個人番号												お知らせ ☐ 有/□無				

(職員記載欄)

確認資料	☐ 個人番号カード	被 保 険 者 番 号	
	☐ 運転免許証	特 別 療 養	☐ 該当 / ☐ 非該当
	☐ パスポート	交 付 等 年 月 日	令和 年 月 日
	()	交 付 等 方 法	☐ 窓口 / ☐ 郵送
		受 付 者	