

国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ交付申請書

島田市長

次のとおり、資格確認書・資格情報のお知らせの交付を申請します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|--|------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 氏名 | | 電話番号 | — — | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 世帯主との関係 | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 氏名 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(※代理人が申請する場合は、別途委任状が必要)

※ここから下の太枠内は、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 | フリガナ | | (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 | 年 月 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | フリガナ | | (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 | 年 月 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | フリガナ | | (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 | 年 月 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | フリガナ | | (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 | 年 月 日 | 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した (又は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。 (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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|
| 確認欄 | 受付 | 入力 | 発行 | 確認 | 交付 |
| | | | | | |

委任状

委任された人(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

上記の者を代理人に選任し、国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ交付申請手続きを委任いたします。

令和 年 月 日

島田市長

委任する人(委任者)

住 所 _____

世 帯 主 _____

電話番号 _____