

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(兼資格情報通知書再通知申請書)

留萌市長 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	<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)									

世帯主が申請し、個人番号を記載しない場合は以下のいずれかを添付すること

イ. マイナンバーカード ロ. 顔写真付き身分証明書 ハ. 官公署から発行された身分を証明できる物2点

世帯主以外が申請し、個人番号を記載しない場合は以下のいずれかを添付すること

1. 法定代理人は証明書 2. 法定代理人以外は委任状 3. その他官公署から発行された証明書類

※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	<input type="checkbox"/> 同上									
1	(フリガナ)				(申請理由)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ				
	氏名	男・女			1. 紛失	2. カード返納	3. 介助			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	(個人番号)				
2	(フリガナ)				(申請理由)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ				
	氏名	男・女			1. 紛失	2. カード返納	3. 介助			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	(個人番号)				
3	(フリガナ)				(申請理由)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ				
	氏名	男・女			1. 紛失	2. カード返納	3. 介助			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	(個人番号)				
4	(フリガナ)				(申請理由)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ				
	氏名	男・女			1. 紛失	2. カード返納	3. 介助			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	(個人番号)				
任意記載事項の記載の希望	<input type="checkbox"/> 任意記載事項(※)の記載を希望する <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。任意記載事項を記載することで、別途、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証を申請いただき、交付を受ける必要がなくなります。									
(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。									