

# 国民健康保険資格確認書交付申請書

被保険者記号・番号		●										
交付対象被保険者	氏名									性別	男・女	【申請理由】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の紛失・返納 <input type="checkbox"/> 要配慮者(更新申請不要) <input type="checkbox"/> その他( )
	生年月日	S・H・R	年		月		日		要配慮者 台帳記載			
	個人番号											
	氏名									性別	男・女	【申請理由】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の紛失・返納 <input type="checkbox"/> 要配慮者(更新申請不要) <input type="checkbox"/> その他( )
	生年月日	S・H・R	年		月		日		要配慮者 台帳記載			
	個人番号											
	氏名									性別	男・女	【申請理由】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の紛失・返納 <input type="checkbox"/> 要配慮者(更新申請不要) <input type="checkbox"/> その他( )
	生年月日	S・H・R	年		月		日		要配慮者 台帳記載			
	個人番号											
	氏名									性別	男・女	【申請理由】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証の紛失・返納 <input type="checkbox"/> 要配慮者(更新申請不要) <input type="checkbox"/> その他( )
	生年月日	S・H・R	年		月		日		要配慮者 台帳記載			
	個人番号											

上記のとおり申請します。  
令和 年 月 日  
藍住町長 殿

世帯主	住所										
	氏名										
	個人番号										

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 同上										
	氏名									連絡先		
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 交付対象者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人											

窓口交付 ・ 郵送 令和 年 月 日	印又は サイン 	本人 確認	A B	個人番号カード ・ 免許証 ・ パスポート 住基カード(写真あり) ・ その他( ) 年金手帳 ・ 保険証 ・ 証書 ・ 住基カード(写真なし) 通帳(カード) ・ 診察券 ・ その他( )	} いずれか1点 } いずれか2点
-----------------------	----------------	----------	--------	--	----------------------

保険者記入欄				
受付印	備考	課長	課員	受付者

※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。  
 ※保険証を紛失し、資格確認書の交付を受ける場合は、その他欄に記入してください。

マイナ保険証	
有	無