

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長
次のとおり申請します。

申請日	年 月 日		記番																
申請者	氏名			電話	— —														
	住所																		
	世帯主からみた関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員() ☐ その他()																	
世帯主	氏名	☐ 同上		個人番号 (マイナンバー)															

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状と申請者および代理人の顔写真付き本人確認書類が必要です)

※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			生年月日	昭・平・令		年		月		日						
	氏名			個人番号 (マイナンバー)													
	申請理由	1. 介助者等の第三者が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 2. 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 3. マイナンバーカードを返納する予定である 4. その他 ()															
2	フリガナ			生年月日	昭・平・令		年		月		日						
	氏名			個人番号 (マイナンバー)													
	申請理由	1. 介助者等の第三者が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 2. 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 3. マイナンバーカードを返納する予定である 4. その他 ()															
3	フリガナ			生年月日	昭・平・令		年		月		日						
	氏名			個人番号 (マイナンバー)													
	申請理由	1. 介助者等の第三者が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 2. 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 3. マイナンバーカードを返納する予定である 4. その他 ()															

受付者	交付	本人確認書類(申請者)	本人確認書類(代理人) □委任状
	窓 郵送 (/ 発送)	免許証・個人番号カード・パスポート ・障がい者手帳・その他() 番号等 【 】	免許証・個人番号カード・パスポート ・障がい者手帳・その他() 番号等 【 】
入力者	申請理由2～4の場合の解除年月日		確認者