

国民健康保険 資格確認書交付申請書

三 木 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		
	住所		
	世帯主からみた関係	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()	
世帯主	氏名	☐ 同上	(個人番号)

※ 以下は、資格確認書の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	氏名		(申請理由(※)) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)
2	氏名		(申請理由(※)) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)
3	氏名		(申請理由(※)) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)
4	氏名		(申請理由(※)) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	昭・平・令・西 年 月 日	(個人番号)
(※) 申請理由欄 補足説明		1. 紛失 ・ 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 ・ 有効な国民健康保険証を紛失し、マイナンバーカード不保持又は保険証利用登録をしていない 2. カード返納 ・ マイナンバーカードを返納する予定である 3. 介助 ・ 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	

※三木市処理欄

MN保険証保有状況	1		2		3		4	
1. 郵送	2. 交付	免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ()						
		()						