

国民健康保険 資格確認書交付申請書

湯沢市長 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、委任状等の書類の添付が必要です。

◆下記太枠内へ、交付を希望する方の氏名等を記入してください。

|                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号                     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                         |      | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |      |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                          | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 申請理由 | 1. 紛失<br>2. 介助(                      )<br>3. その他(                      ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 生年月日 | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 個人番号 |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                          | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 申請理由 | 1. 紛失<br>2. 介助(                      )<br>3. その他(                      ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 生年月日 | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 個人番号 |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                          | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 申請理由 | 1. 紛失<br>2. 介助(                      )<br>3. その他(                      ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 生年月日 | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 個人番号 |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                          | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 申請理由 | 1. 紛失<br>2. 介助(                      )<br>3. その他(                      ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 生年月日 | 年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  | 個人番号 |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (記載上の注意)<br>申請理由等の<br>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<br>2. 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<br>※マイナンバーカードでの受診が困難である事情を(                      )の中に記載してください<br>3. その他<br>※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(                      )の中に記載してください<br><br>(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 |  |  |  |      |                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |