

国民健康保険 資格確認書交付申請書

三浦市長 次のとおり申請します。

申請日	年 月 日			
届出人 (窓口に来た方)	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	電話番号		世帯主との関係	
申請者 (世帯主)	住所	☐ 同上		
	氏名	☐ 同上	生年月日	年 月 日
	個人番号			

交付を希望する被保険者	(フリガナ)		(申請理由)(※)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	(フリガナ)		(申請理由)(※)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	(フリガナ)		(申請理由)(※)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	(フリガナ)		(申請理由)(※)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	個人番号	

(※)申請理由について

- 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してください。

(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。

事 務 処 理 欄					
備考	※身分確認 □免許証 □マイナンバーカード □パスポート □その他() 交付・郵送(/) 証明書交付 (/ まで)				受付印
	決裁区分	課長	G L	課員	処理日
	丁				/