

課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ（再）交付申請書

記号番号	氏名	続柄	性別	生年月日
				個人番号
			男・女	S・H・R 年 月 日
			男・女	S・H・R 年 月 日
			男・女	S・H・R 年 月 日
			男・女	S・H・R 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 資格確認書を紛失・毀損したため（マイナ保険証の利用登録がない方）			
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせを紛失・毀損したため（マイナ保険証の利用登録がある方）			
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である			
	<input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> その他（ ）				

上記のとおり資格確認書・資格情報のお知らせの交付・再交付を申請します。

令和 年 月 日

いの町長 様 世帯主 住所 吾川郡いの町

氏名

個人番号

Tel

代理人 住所

氏名

Tel

世帯主との関係

本人確認 (有・無)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (写真 有・無) <input type="checkbox"/> 健康保険証・資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 (証書) <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	---	---