

国民健康保険 資格確認書交付申請書

鹿児島市長 殿 次の通り、資格確認書の交付を申請します。

申請日	年 月 日		被保険者 記号・番号	
申請者	氏名			個人番号
	住所	鹿児島市		
	電話	— —	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

※代理人が申請する場合は、委任状が必要です。

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 鹿児島市							
1	フリガナ								
	氏名	(申請理由) 1. カード紛失・更新中 2. 要配慮者等 3. カード更新なし 4. カード返納							
	生年月日	年 月 日		個人番号					
2	フリガナ								
	氏名	(申請理由) 1. カード紛失・更新中 2. 要配慮者等 3. カード更新なし 4. カード返納							
	生年月日	年 月 日		個人番号					
3	フリガナ								
	氏名	(申請理由) 1. カード紛失・更新中 2. 要配慮者等 3. カード更新なし 4. カード返納							
	生年月日	年 月 日		個人番号					
4	フリガナ								
	氏名	(申請理由) 1. カード紛失・更新中 2. 要配慮者等 3. カード更新なし 4. カード返納							
	生年月日	年 月 日		個人番号					
(記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明		1. マイナンバーカードを紛失または更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない 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 3. マイナンバーカードの電子証明書の期限が切れ、更新する意向がない 4. マイナンバーカードを返納する(した)が、マイナ保険証の利用登録解除は行わない							

市 使 用 欄

資格確認書を受領しました (署名または記名押印)	
-----------------------------	--

本人確認				
受付	入力	書交付	照合	