

国民健康保険資格確認書交付申請書

受付印

令和 年 月 日

備前市長 殿

申請者(世帯主)住 所 備前市

氏 名

個人番号

次のとおり申請します。

被保険者記号・番号 岡 7 — 0				
1	氏 名	男・女	申請理由	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日
2	氏 名	男・女	申請理由	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日
3	氏 名	男・女	申請理由	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日
4	氏 名	男・女	申請理由	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日
5	氏 名	男・女	申請理由	1.紛失 2.カード返納 3.介助 4.その他()
	個人番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日
(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した、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 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または障がい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() ※マイナンバーによるオンライン資格確認を受けることができない理由を具体的にご記入ください		

(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。

令和 年 月 日

氏 名

世帯主との続柄

電話番号 () —