

以下のとおり申請があり、被保険者資格を確認しましたので交付してよいか伺います。

決裁	課 長	主 幹	係 長	課 員	担 当

国民健康保険 資格確認書交付申請書

雫石町長 様 次のとおり申請します。

申 請 日		年 月 日	
申請者	氏 名	電 話 番 号	
	住 所	雫石町	
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他（委任状が必要です）	

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 雫石町		
被保険者 記号・番号	—	世帯主 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者
1	(フリガナ)	申 請 理 由	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 世帯主 男 ・ 女	1. 紛失・更新中 2. 返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日	個人番号
2	(フリガナ)	申 請 理 由	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 男 ・ 女	1. 紛失・更新中 2. 返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日	個人番号
3	(フリガナ)	申 請 理 由	
	氏 名	男 ・ 女	1. 紛失・更新中 2. 返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日	個人番号
4	(フリガナ)	申 請 理 由	
	氏 名	男 ・ 女	1. 紛失・更新中 2. 返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日	個人番号
5	(フリガナ)	申 請 理 由	
	氏 名	男 ・ 女	1. 紛失・更新中 2. 返納 3. 介助 4. その他 ()
	生年月日	S ・ H ・ R 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. 介護者等の第三者が、高齢者また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. 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する (注) マイナンバーカードを取得していない・取得しているが保険証利用登録を行っていない場合は、申請によらず資格確認書を交付しますので、申請の必要はありません。		

【職員記入欄】
・ 本人確認 免 ・ 個力 ・ パス ・ 障手 ・ その他 ()