

国民健康保険資格確認書交付申請書

年 月 日

(宛先) 綾瀬市長

申請者 住所
氏名
電話番号
世帯主からみた関係

世帯主 氏名
個人番号

次のとおり申請します。

被保険者記号番号	5 3 -									
住所	☐ 申請者と同じ									
1	(フリガナ)					(申請理由)				
	氏名	男・女				1. 紛失・更新中 2. 返納予定・解除予定 3. 介助者等 4. その他 ()				
	生年月日	年	月	日	個人番号					
2	(フリガナ)					(申請理由)				
	氏名	男・女				1. 紛失・更新中 2. 返納予定・解除予定 3. 介助者等 4. その他 ()				
	生年月日	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. 返納予定・解除予定 3. 介助者等 4. その他 ()				
	生年月日	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. 返納予定・解除予定 3. 介助者等 4. その他 ()				
	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又は健康保険証利用登録を解除する予定である 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、申請は不要です。									

※太枠内のみ記入してください。

被保険者の確認書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ その他 ()		
交 付 年 月 日	年 月 日	納付状況	☐ 納付済 ☐ 未納 (☐ 収納課連絡)