

# 国民健康保険 資格確認書交付申請書

みなべ町長 様

申請日	令和 年 月 日	証番号	和35
申請者	氏名		
	住所	みなべ町	
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等のみなべ町が適当と認める書類の添付が必要)

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"/> 申請者に同じ			加えて次の証の交付を希望しますか※	
世帯主名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日
1	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主	男 女	(申請理由) 1. 紛失等 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証／限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	個人番号		
2	氏名		男 女	(申請理由) 1. 紛失等 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証／限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	個人番号		
3	氏名		男 女	(申請理由) 1. 紛失等 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証／限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	個人番号		
4	氏名		男 女	(申請理由) 1. 紛失等 2. カード返納 3. 介助 4. その他( )	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証／限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	個人番号		

※資格確認書とは別の交付となります。

**【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、申請の必要はありません。

処理欄	本人確認	個力・免・パ・保・その他 ( )		
	資格確認書有効期限	ショート・通年	まで	システム入力
				確認