国民健康保険　資格確認書交付申請書

国　保　番　号	井 さ	—	—

1	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失　2. カード返納　3. 要配慮者 4. その他(　　)
	氏名	男・女	
	生年月日	年　月　日	(個人番号)
2	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失　2. カード返納　3. 要配慮者 4. その他(　　)
	氏名	男・女	
	生年月日	年　月　日	(個人番号)
3	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失　2. カード返納　3. 要配慮者 4. その他(　　)
	氏名	男・女	
	生年月日	年　月　日	(個人番号)
4	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失　2. カード返納　3. 要配慮者 4. その他(　　)
	氏名	男・女	
	生年月日	年　月　日	(個人番号)

上記のとおり資格確認書を申請します。

年　月　日

申請人
(世帯主)　住所　坂井市

氏名

電話番号

坂井市長　殿

世帯主でない方が記入する場合は、下記の事項もご記入ください。なお、同一世帯員以外の申請の場合、委任状を添付してください。

窓口に
来た方　住所

氏名　　世帯主との続柄

電話番号

(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する予定である
3. マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障害者等
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してください)

(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。

受領確認 (窓口)	年度の資格確認書を受領しました。　押印 または サイン

※市処理欄

本人確認	代理確認	交付方法	交付日	受付
□ 運転免許証　□ マイナンバーカード □ その他 ( )	□ 委任状 □ その他 ( )	□ 窓口 □ 郵送	・　・	