国民健康保険用

# 国民健康保険被保険資格確認書交付申請書

尾 道 市 長　様

下記の理由により交付を申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請年月日 | 年　　月　　日 | | 電話番号 | ー　　ー |
| 申請者 | 氏　名 | | 世帯主との関係 | □本人　□世帯員（　　）<br>□その他（　　） |
| | 住　所 | 尾道市 | | |
| 世帯主 | 氏　名 | | 個人番号 | |

※世帯員を除く代理人が申請する場合は委任状が必要です。

※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 | | □同上<br>尾道市 | | |
| 1 | （フリガナ） | | 性別 | （申請理由）<br>1.カードでの受診が困難（介助が必要等）　2.カード返納<br>3.カード紛失・更新中<br>4.その他（　　） |
| | 氏　名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | （個人番号） |
| 2 | （フリガナ） | | 性別 | （申請理由）<br>1.カードでの受診が困難（介助が必要等）　2.カード返納<br>3.カード紛失・更新中<br>4.その他（　　） |
| | 氏　名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | （個人番号） |
| 3 | （フリガナ） | | 性別 | （申請理由）<br>1.カードでの受診が困難（介助が必要等）　2.カード返納<br>3.カード紛失・更新中<br>4.その他（　　） |
| | 氏　名 | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | （個人番号） |
| 4 | （フリガナ） | | 性別 | （申請理由）<br>1.カードでの受診が困難（介助が必要等）　2.カード返納<br>3.カード紛失・更新中<br>4.その他（　　） |
| | 氏　名 | | 男・女 | |
| | 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.介助者等の第三者が高齢者又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。

2.マイナンバーカードを返納する予定である。

3.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。

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簡潔に記載ください。

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | 次回更新時 | □申請要　□申請不要 | | | | 受付印 |
| （聴取内容など）※申請理由が1･4の場合 | | | | | | | | |
| 本人確認（申請者） | □運転免許証　□マイナンバーカード<br>□在留カード　□その他（　　） | | 受付 | 入力 | 送付 | 確認 | | |
| 交 付 日 | 年　月　日 | □窓口　□郵送 | | | | | | |
| 在留期限 | 年　月　日 | | | | | | | |