

国民健康保険 資格確認書交付申請書

福崎町長 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							
	世帯主からみた関係		☐ 本人 ☐ 同一世帯員 () ☐ その他 ()					
世帯主	氏 名	(申請者と同じ場合は省略可)						
	住 所	(申請者と同じ場合は省略可)						
	個 人 番 号							

交付を希望する人 ※5人目以降は、2枚目を作成してください。	申請理由 (数字に○をつけてください) ※マイナンバーカードを持っていない人、保険証利用の登録をしていない (解除した) 人等は申請不要です。
-----------------------------------	--

1	フリガナ				1. 要配慮者 (第三者の介助が必要等) 2. 一時的な所持 (マイナンバーカードの更新等) 3. その他 ()		
	氏 名						
	生年月日	年	月	日			
2	フリガナ				1. 要配慮者 (第三者の介助が必要等) 2. 一時的な所持 (マイナンバーカードの更新等) 3. その他 ()		
	氏 名						
	生年月日	年	月	日			
3	フリガナ				1. 要配慮者 (第三者の介助が必要等) 2. 一時的な所持 (マイナンバーカードの更新等) 3. その他 ()		
	氏 名						
	生年月日	年	月	日			
4	フリガナ				1. 要配慮者 (第三者の介助が必要等) 2. 一時的な所持 (マイナンバーカードの更新等) 3. その他 ()		
	氏 名						
	生年月日	年	月	日			

(注意事項) 有効期限は最長1年です。有効期限が切れるときの対応は、以下のとおりとなります。

1. 要配慮者 (第三者の介助が必要等) … 毎年7月に自動更新されます。
2. 一時的な所持 (マイナンバーカードの更新等) … 自動更新されません。

※この申請書を提出するときには、申請者の本人確認書類を添えてください。

※別世帯の人が申請・受取する場合は、あらかじめ世帯主本人が、以下全てを記入してください。

世帯主 氏名		住 所		生年 月日	
-----------	--	-----	--	----------	--

年 月 日 (世帯主の電話番号)

私は下記代理人に、世帯員の資格確認書の交付申請・受取に関する権限を委任します。

代理人 氏名		住 所		生年 月日	
-----------	--	-----	--	----------	--