

# 国民健康保険 資格確認書交付申請書

(申請先) 横浜市 中 区長 次のおり申請します。

平日昼間に連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。

申請日	令和6年 12月 5日			申請書の記入日をご記入ください	
申請者	氏名	横浜 花子		電話	045 - 0000 - 0012
	住所	横浜市中区 港町1-1			交付を希望される方の氏名、連絡先、住所をご記入ください。
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯員(妻)	<input type="checkbox"/> その他( )	
世帯主	氏名	横浜 太郎		(個人番号)	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の添付)

交付を希望される世帯の世帯主名、個人番号をご記入ください。

※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 checked="" type="checkbox"/> 同上	記号・番号	40・77777777
1	(フリガナ)	ヨコハマ ハナコ	
	氏名	横浜 花子	男・女 <input checked="" type="radio"/>
	生年月日	昭和40年 4月 1日	(個人番号)
2	(フリガナ)		
	氏名	交付を希望される方の氏名、性別、生年月日、個人番号をご記入ください。	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)
3	(フリガナ)		
	氏名	男・女 <input type="radio"/>	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)
4	(フリガナ)		
	氏名	男・女 <input type="radio"/>	
	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	<p>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。</p> <p>2 マイナンバーカードを返納した。</p> <p>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。</p> <p>4 その他</p> <p>※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</p> <hr/> <p>(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。</p>		

申請理由に丸をつけてください。