

国民健康保険資格確認書交付申請書

(宛先) 前橋市長 次のとおり申請します。

申請日	年 月 日			
申請者	氏名		電話	
	住所			
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
世帯主	氏名		個人番号	

※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				
1	(フリガナ)		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			個人番号			
2	(フリガナ)		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			個人番号			
3	(フリガナ)		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			個人番号			
4	(フリガナ)		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			個人番号			
5	(フリガナ)		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日		
			個人番号			
申請理由		1.再交付（紛失等）				
		2.保険証利用登録済みだが現在有効なマイナ保険証なし (マイナンバーカードの紛失・更新中、マイナ保険証反映前に受診予定)				
		3.要配慮者（被保険者本人が高齢者又は障害者等でマイナンバーカードでの受診が困難）				
		4.在留期限の更新				
[本人確認]		[身元確認]		[個人番号確認]		申請理由3. の場合 今回のみ ・ 継続
<input type="checkbox"/> 免許証		<input type="checkbox"/> 免許証		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		
<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 通知カード		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 住民票（個人番号記載あり）		
<input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()				