

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 ()
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()			