

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 (資格確認書の紛失等) 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.
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載あり) <input type="checkbox"/> その他 ()		の場合 今年度のみ ・ 継続