

記載例

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(あ)

資格情報のお知らせに記載の記号番号を記入してください。

申請日を記入してください。

記号番号	高国 000 - 000 - 0	申請日	令和 6 年 12 月 31 日
世帯主	住所 高槻市 桃園町2番1号	氏名 高槻 太郎	個人番号
届出人	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 同上 高槻市	氏名 <input type="checkbox"/> 同上 高槻 花子	電話 072-674-7075
	世帯主からみた続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> 他[]

※代理人が申請する場合は、委任状、代理人の本人確認書類が必要です。

【世帯主欄】世帯主の住所、氏名を記入してください。

【届出人欄】届出人の住所、氏名、電話番号、世帯主からみた続柄を記入してください。

資格確認書を交付できません。

を希望する被保険者

氏名	性別	生年月日	申請理由	職員記入欄
タカツキ イチロウ 高槻 一郎	男	昭和 26 年 10 月 31 日	<input type="checkbox"/> カード紛失等 <input type="checkbox"/> カード返納 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(マイナ証での受診困難)	打出し (あり なし) 高齢証 (あり なし)
	男	昭和・平成・令和・西暦		
	男	昭和・平成・令和・西暦		
	男	昭和・平成・令和・西暦	<input type="checkbox"/> カード紛失等 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助(マイナ証での受診困難)	打出し (あり なし) 高齢証 (あり なし)
	男	昭和・平成・令和・西暦	<input type="checkbox"/> カード紛失等 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助(マイナ証での受診困難)	打出し (あり なし) 高齢証 (あり なし)

資格確認書の交付を希望する方の
・氏名(フリガナ)
・性別
・生年月日
を記入してください。

該当する申請理由にチェックを記入してください。
(下記「申請理由欄の補足説明」参照)

申請理由欄の
補足説明

「カード紛失等」…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。
「カード返納」…マイナンバーカードを返納する予定である。
「介助」…高齢者、障がい者等でマイナンバーカードでの受診が困難である。

※上記理由に当てはまらない場合は、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ご相談ください。

(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。

【職員処理欄】

受付者	入力者	確認者	交付 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 簡易書留 <input type="checkbox"/> 次回年次更新	備考
受付日	本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()			