

国民健康保険資格確認書(再)交付申請書

佐賀市長 次のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日					
申請者	氏名				電話番号	— —
	住所					
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()				
世帯主	氏名				記号番号	
					個人番号	

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町が適当と認める書類の添付が必要)

※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 type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる⇒						
1	(フリガナ)				申請理由	新規 再交付	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他() 5. 確認書紛失等	高 齢 該 非 健 診 済 未
	氏名							
	生年月日	昭平令 年 月 日	世帯主との 続柄		個人番号			
2	(フリガナ)				申請理由	新規 再交付	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他() 5. 確認書紛失等	高 齢 該 非 健 診 済 未
	氏名							
	生年月日	昭平令 年 月 日	世帯主との 続柄		個人番号			
3	(フリガナ)				申請理由	新規 再交付	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他() 5. 確認書紛失等	高 齢 該 非 健 診 済 未
	氏名							
	生年月日	昭平令 年 月 日	世帯主との 続柄		個人番号			
4	(フリガナ)				申請理由	新規 再交付	1. マイナ紛失 2. マイナ返納 3. 介助 4. その他() 5. 確認書紛失等	高 齢 該 非 健 診 済 未
	氏名							
	生年月日	昭平令 年 月 日	世帯主との 続柄		個人番号			
申請理由説明欄	新規	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 2. マイナンバーカードを返納する予定である 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 4. その他 ※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						
	再交付	5. 資格確認書を紛失した、破損・汚損した、盗難にあった など ※汚損・破損の場合は、その「資格確認書」を提出してください						

事務処理欄					
申請者確認方法	受付印	確認者	高齢受給者	交付方法	受付者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付) 番号() <input type="checkbox"/> その他()			()割 給付係確認 ()	<input type="checkbox"/> 交付 ・本証 ・連絡票 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	