

9-06

□国民健康保険 資格確認書 再交付申請書

□国民健康保険 資格確認書 交付申請書

四日市市長

申請年月日	被保険者記号・番号	□資格確認書 □資格確認書(特別療養) □2割 □3割 発効期日 : R . . .
令和 年 月 日		

※資格証明書、資格確認書(特別療養)は、保険年金課で受付となります。

申請者	住所	マンション・アパート名 部屋番号まで書いてください。 四日市市	
	氏名	□同一世帯人 □代理人(委任状あり)	電話番号 — —
世帯主	氏名	□届出人と同じ	個人番号 [C-住・通]
	住所	□届出人と同じ	

※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。

	被保険者氏名(生年月日)	続柄	B理由	A: 再交付の理由
1	姓 ワガナ □世帯主 □届出人と同じ 西暦・昭・平・令 年 月 日 個人番号	C・通・住	1 2 3 4	□紛失 □汚損 □焼失 □破損 □その他 () 誓約
2	姓 ワガナ □届出人と同じ 西暦・昭・平・令 年 月 日 個人番号	C・通・住	1 2 3 4	紛失した被保険者証・資格証明書・高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納します。
3	姓 ワガナ 西暦・昭・平・令 年 月 日 個人番号	C・通・住	1 2 3 4	B: 資格確認書申請の理由 ※理由の詳細は裏面をご覧ください。
4	姓 ワガナ 西暦・昭・平・令 年 月 日 個人番号	C・通・住	1 2 3 4	1. マイナンバーカードを紛失したまたは更新中である 2. マイナンバーカードを返納予定 3. 介助者等の第三者が同行して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 4. その他 ()

受付	本人確認	交付	処理
□ 地区市民センター □市民窓口サービスセンター □保険年金課 担当者 <input type="text"/>	□マイナンバーC □運転免許証 □障害 □運転経歴 □住基C □在留C □他 ()	□保・確 □介護 □他 () □通帳 □キャッシュC □診察券 □クレジットC □聴取 □他 ()	□電話番号 □送付宛名 □収納状況 □収納連絡 □即日交付 □郵送 R . . .

記載上の注意 申請理由欄の補足説明

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
的に記載ください

※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は、更新時には申請によらず資格確認書が交付され
るため、再度の申請の必要はありません。