

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				<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養)				
令和	年	月	日					<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	発効期日：R . .		

※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	<input type="checkbox"/> 同一世帯人 <input type="checkbox"/> 代理人（委任状あり）						電話番号 - -				
世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ						個人番号 [C-住・通]				
	住所	<input type="checkbox"/> 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	フリガナ <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ				<input type="checkbox"/> 世帯主	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">誓約</div> 紛失した被保険者証・資格証明書・高年齢受給者証を発見したときは、直ちに返納します。
	西暦・昭・平・令	年	月	日			
個人番号				C・通・住			
2	フリガナ <input type="checkbox"/> 届出人と同じ					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。 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 ( )
	西暦・昭・平・令	年	月	日			
個人番号				C・通・住			
3	フリガナ					1 2 3 4	※理由の詳細は裏面をご覧ください。 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 ( )
	西暦・昭・平・令	年	月	日			
個人番号				C・通・住			
4	フリガナ					1 2 3 4	※理由の詳細は裏面をご覧ください。 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 ( )
	西暦・昭・平・令	年	月	日			
個人番号				C・通・住			

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

**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。