

国民健康保険 資格確認書交付申請書

地域事務所名

中野区長 宛て

次のとおり、資格確認書の交付を申請します。

年 月 日

申請者	氏名	フリガナ	電話番号	()
	住所			
	世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()		
世帯主	氏名	☐ 申請者と同じ		
	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。

記号番号	1 4 - -												
住所	☐ 同上												
1	枝番	フリガナ	申請理由										
	氏名	☐ 申請者と同じ	1. 介助 2. その他 ()										
生年月日		年 月 日	個人番号										
2	枝番	フリガナ	申請理由										
	氏名	☐ 申請者と同じ	1. 介助 2. その他 ()										
生年月日		年 月 日	個人番号										
3	枝番	フリガナ	申請理由										
	氏名	☐ 申請者と同じ	1. 介助 2. その他 ()										
生年月日		年 月 日	個人番号										
4	枝番	フリガナ	申請理由										
	氏名	☐ 申請者と同じ	1. 介助 2. その他 ()										
生年月日		年 月 日	個人番号										
申請理由の 補足説明	1. 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、マイナンバーでの受診が困難である 2. 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してください												

(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。

本人 確認	☐ マイナンバーカード	☐ パスポート	旧 帳 票	1 ☐ 回収 ☐ 未回収	受付	入力	交付	解除
	☐ 運転免許証	☐ その他		2 ☐ 回収 ☐ 未回収				
	☐ 在留カード	()		3 ☐ 回収 ☐ 未回収				
				4 ☐ 回収 ☐ 未回収				