

国民健康保険 資格確認書交付申請書

記号・番号	我 -	太枠内の項目についてご記入ください。				
世帯主	氏名 (フリガナ)		住所			
			我孫子市			
対象の被保険者	氏名 (フリガナ)		生 年 月 日	性 別	続 柄	
	1		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
			マイナンバー			
	2		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
			マイナンバー			
	3		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
			マイナンバー			
	4		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
			マイナンバー			
	5		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		
		マイナンバー				
申請の理由		<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 返納 <input type="checkbox"/> その他※() <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 期限切れ (マイナンバーカード)				
上記の通り、申請いたします。 我孫子市長あて 届出日 _____ 届出人 氏 名 _____ 住 所 _____ 電話番号 () _____ 世帯主との <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯主以外 (続柄) _____						
					受領印 (サイン可)	

※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ご記入ください。
 ただし、念のため保有したいという理由では発行できません。

(受付担当記入欄)

本人確認	1点 (写有)	<input type="checkbox"/> 個番カ <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住カ <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転経歴 <input type="checkbox"/> その他官公署が発行した写有のもの ()	交付方法	窓口
	2点 ア+ア もしくは ア+イ	ア		<input type="checkbox"/> 保険証(介護・国保・後期) <input type="checkbox"/> 資格確認書(国保・後期) <input type="checkbox"/> 特定疾病証 <input type="checkbox"/> 特定疾患証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> その他官公署が発行した証で、個人識別事項(①氏名②生年月日③住所)が確認できるもの ()
	イ	<input type="checkbox"/> 保険証又は資格確認書(社保) <input type="checkbox"/> 資格情報通知書(お知らせ) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載されたもの ()		

*上記の本人確認ができる場合のみ、即日交付します(別世帯は委任状が必要)

*マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」どちらにも該当しない。

交 付 年 月 日
年 月 日

受付窓口	受付者	交付者	確認者(管理職)	確認者(職員)	入力者(職員)
国保 湖北台 我孫子 新木 つくし野 布佐 天王台					