国民健康保険資格確認書交付申請書

石岡市長　　殿

申請年月日　　年　　月　　日

下記のとおり資格確認書の交付について申請します。

申請者 （世帯主）	フリガナ		生　年　月　日	
	氏　名		年　　月　　日	
	個人番号			
	住　所	石岡市		
	電話番号			
	記　号	石　岡	番　号	

資格確認書を必要とする人

氏　　名	生　年　月　日	続　　柄
	年　　月　　日	

個 人 番 号												

マイナ保険証による 受診ができない理由	□　マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナ保険証が手元にないため □　マイナンバーカードを返納したため（　　年　　月　　日） □　介助者等の第三者が本人に同行して資格確認を補助する必要があるなど、 マイナ保険証での受診が困難な場合があるため（□要配慮者として自動更新とする） □　その他（　　）
施設名・所在地	施設に入所している方や、入院している場合は記入ください。 施設名： 所在地：

申請代理人	氏　名		続　柄	
	住　所			
	電話番号			

※代理人により申請する場合は、委任状と世帯主及び代理人の本人確認書類の写しを添付下さい。

処理欄	要配慮者台帳入力	交　付	本人確認書類	主・員・別・委任状	有効期限
	/	窓口・郵送	マイナンバーカード・免許証・（　　）		/　/