

國民健康保險資格確認書交付申請書

(宛先) 前橋市長

次のとおり申請します。

申請日	年　月　日	
申請者	氏名	電話
	住所	
世帯主	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
世帯主	氏名	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。

住 所		<input type="checkbox"/> 同上		
1	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 個人番号
2	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 個人番号
3	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 個人番号
4	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 個人番号
5	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 個人番号
申請理由		1.再交付（紛失等）		
		2.保険証利用登録済みだが現在有効なマイナ保険証なし (マイナンバーカードの紛失・更新中、マイナ保険証反映前に受診予定)		
		3.要配慮者（被保険者本人が高齢者又は障害者等でマイナンバーカードでの受診が困難）		
		4.在留期限の更新		

[本人確認]	[身元確認]	[個人番号確認]	申請理由3. の場合
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ） 	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号記載あり） <input type="checkbox"/> その他（ ）	今回のみ ・ 継続