

第2号様式

国民健康保険 資格確認書交付申請書
兼任意記載事項併記申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	由					枝 番							受 付 ・ ・
氏 名						生年月日		年 月 日					交 付 ・ ・
個 人 番 号													
申 請 理 由 該当する数字を ○で囲んでください	1 紛失又は更新中で、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したため 3 介助者等の第三者が同行して補助するなど、マイナ保険証での受診が困難である 4 高齢や障がいなどにより、マイナ保険証での受診が困難である 5 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項について記載したい 6 その他（ ） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録をしていない方は申請不要です。 ※3又は4を選んだ場合、次年度以降は申請不要で資格確認書を交付します。												
任意記載事項 の記載の希望	該当する項目の数字を○で囲んでください 1 自己負担限度額等の適用区分の記載を希望する（次回以降 有・無） 2 特定疾病区分の記載を希望する（次回以降 有・無） 3 任意記載事項の記載を希望しない ※「次回以降 有」とした場合は、今後発行される資格確認書にも記載されます。												
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 世帯主以外が届け出る場合（下記に☑がある場合のみ届出可能） ☐ 上記の届出内容について、世帯主に承諾を得ている。 届出人 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 続 柄 同一世帯員 ・ その他 _____ ※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員からの委任状が必要 由仁町長 様													

第2号様式

国民健康保険 資格確認書交付申請書
兼任意記載事項併記申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	由 1 2 3 4 5 6	枝 番	0 3	受 付 ・ ・									
氏 名	国保 花子	生年月日	昭和 2 6 年 5 月 7 日	交 付 ・ ・									
個 人 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
申 請 理 由 該当する数字を ○で囲んでください	1 紛失又は更新中で、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したため 3 3 介助者等の第三者が同行して補助するなど、マイナ保険証での受診が困難である 4 高齢や障がいなどにより、マイナ保険証での受診が困難である 5 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項について記載したい 6 その他（ ） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録をしていない方は申請不要です。 ※3又は4を選んだ場合、次年度以降は申請不要で資格確認書を交付します。												
任意記載事項 の記載の希望	該当する項目の数字を○で囲んでください 1 1 自己負担限度額等の適用区分の記載を希望する（次回以降 有 ・無） 2 特定疾病区分の記載を希望する（次回以降 有・無） 3 任意記載事項の記載を希望しない ※「次回以降 有」とした場合は、今後発行される資格確認書にも記載されます。												
上記のとおり申請します。													
○ 年 ○ 月 ○ 日 世帯主 住 所 由仁町○○番地 氏 名 国保 太郎 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 電話番号 0 1 2 3 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○ 世帯主以外が届け出る場合（下記に☑がある場合のみ届出可能） 以下、該当する場合は記載 ☐ 上記の届出内容について、世帯主に承諾を得ている。 届出人 住 所 氏 名 電話番号 続 柄 同一世帯員 ・ その他 ※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員からの委任状が必要 由仁町長 様													