

国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ 交付・再交付申請書

・国民健康保険の資格確認書の交付・再交付申請又は資格情報のお知らせの再交付申請に使用します。

<対象者>

| 被保険者氏名 |    | 生年月日           | 続柄                                                                                                                                                                                          | 個人番号 |  |  |  |
|--------|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|
| 1      | カナ | 昭・平・令<br>年 月 日 | 世帯主から見て<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫<br><input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |  |  |  |
|        |    |                |                                                                                                                                                                                             |      |  |  |  |
| 2      | カナ | 昭・平・令<br>年 月 日 | 世帯主から見て<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫<br><input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |  |  |  |
|        |    |                |                                                                                                                                                                                             |      |  |  |  |
| 3      | カナ | 昭・平・令<br>年 月 日 | 世帯主から見て<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫<br><input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |  |  |  |
|        |    |                |                                                                                                                                                                                             |      |  |  |  |
| 4      | カナ | 昭・平・令<br>年 月 日 | 世帯主から見て<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫<br><input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |  |  |  |
|        |    |                |                                                                                                                                                                                             |      |  |  |  |

<申請理由>

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 再交付理由 | 1. 紛失 2. 汚損・破損 3. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 交付理由  | 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| (記載上の注意)<br>交付理由欄の<br>補足説明     | 1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない。<br>2. マイナンバーカードを返納する予定である。<br>3. 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、マイナンバーカードでの受診が困難である。<br>4. その他 ( )<br>※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。<br><br>(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。 |

|              |                                                                                                            |       |      |   |   |   |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|---|---|---|
| 高岡市長 様       |                                                                                                            | (申請日) |      | 年 | 月 | 日 |
| 上記のとおり申請します。 |                                                                                                            |       |      |   |   |   |
| 申請者          | 氏名                                                                                                         |       | 電話番号 |   |   |   |
|              | 住所                                                                                                         |       |      |   |   |   |
|              | 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 |   |   |   |

高岡市使用欄

| 本人確認                                                     | 確認事項                           | 受付           | 入力 | 照合 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|----|----|
| 個人番号カード・運転免許証・<br>在留カード・パスポート・手帳・<br>介護・年金<br>他 ( )<br>無 | 資格確認書・資格情報のお知らせ<br>窓口 郵送 ( / ) |              |    |    |
|                                                          | 電話番号<br>新規入力 登録有               | 記号番号         |    |    |
|                                                          | <input type="checkbox"/> 要配慮者  | 世帯主の<br>宛名番号 |    |    |