

国民健康保険 資格確認書交付申請書

枕崎市長 殿 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			
	世帯主からみた関係		☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 ☐ その他()	
世帯主	氏 名		個人番号	

※ここから下の太枠内は、交付希望する人について記入してください。

住 所		☐ 同上		
1	(フリガナ)		(申請理由)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)	
2	(フリガナ)		(申請理由)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)	
3	(フリガナ)		(申請理由)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)	
4	(フリガナ)		(申請理由)	
	氏 名	男・女	1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他()	
	生年月日	年 月 日	(個人番号)	
(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明		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。 2. マイナンバーカードを返納する予定である。 3. 介助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。 4. その他には、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具 体的な理由をご記載ください。		

— 記入上の注意 —

- 1 マイナ保険証の利用登録をされている方に対しては、マイナ保険証での受診が難しい場合を除き、原則として資格確認書を交付しません。
- 2 被保険者証をお持ちの方は、令和7年7月31日までは資格確認書の交付を申請できません。被保険者証を使用してください。