

国民健康保険資格確認書交付申請書

年 月 日

尼崎市長 あて

国民健康保険資格確認書の交付が必要なため、次のとおり申請します。

○申請者

住 所	〒 ー											
氏 名												
生 年 月 日	年 月 日			連絡先	ー ー							
世帯主との続柄	☐ 本人 ☐ 本人以外（続柄： ） ☐ 同一世帯 ※該当する箇所に☑をご記入（なお、本人に☑がある場合、世帯主氏名の記入不要）ください。											
世 帯 主 氏 名				被 保 険 者 番 号								
				個 人 番 号								

※ 世帯主との続柄が「本人」又は「世帯主と同一世帯」以外の者が申請者の場合、申請者の本人確認書類に加え、世帯主からの委任状等が別途必要です。

○資格確認書の交付が必要な被保険者氏名及びその理由

1	氏 名	男・女	生 年 月 日	年 月 日								
	個 人 番 号											
	交 付 理 由	1 ・ 2 ・ その他（ ） ※交付理由コードをご参照のうえ、該当する数字を○印で囲む等してください。										
2	氏 名	男・女	生 年 月 日	年 月 日								
	個 人 番 号											
	交 付 理 由	1 ・ 2 ・ その他（ ） ※交付理由コードをご参照のうえ、該当する数字を○印で囲む等してください。										
3	氏 名	男・女	生 年 月 日	年 月 日								
	個 人 番 号											
	交 付 理 由	1 ・ 2 ・ その他（ ） ※交付理由コードをご参照のうえ、該当する数字を○印で囲む等してください。										
4	氏 名	男・女	生 年 月 日	年 月 日								
	個 人 番 号											
	交 付 理 由	1 ・ 2 ・ その他（ ） ※交付理由コードをご参照のうえ、該当する数字を○印で囲む等してください。										

※ 交付理由コード
1 マイナンバーカードの紛失、更新中または返納
2 介助者等の第三者が被保険者本人に医療機関等受診時に同行して、被保険者の資格確認を補助する必要がある等、マイナ保険証での受診が困難

また、上記の交付理由コードには該当せず、資格確認書の交付が必要な場合は「その他」を○印で囲み、（ ）内にその理由をご記入ください。

----- 職員記入欄 -----

年 月 日	課長	係長	係	受付場所（ 本庁 ・ 阪尼 ・ J尼 ・ 塚口 ）	受付
申請を受理して、 資格確認書を交付します。				本人確認書類： 個 ・ 免 ・ 旅 ・ 委 その他：（ ）	

※ 該当箇所を○印で囲み、必要に応じて記入