



受付印



受理印

国民健康保険資格確認書交付申請書

被保険者記号番号			
1	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
2	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
3	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
4	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
申請理由欄の補助説明		1. マイナンバーカードを紛失した、または更新中で、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. 介助者（第三者）の補助が必要なマイナンバーカードでの受診が困難である。 4. 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記載してください。	

上記のとおり、申請します。

年 月 日

世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地

氏 名

個人番号

電話番号

申請者名

安芸高田市長 様

本人確認方法（確認者： ）	
☐ 個人番号カード	☐ 免許証 ☐ 介護保険証
☐ 身障手帳	
☐ その他	
（ ）	
☐ 住所、氏名、生年月日確認	☐ 職員確認

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	受 付