

国民健康保険 資格確認書交付申請書 兼 資格確認書等再発行申請書

吹田市長 宛

		令和	年	月	日			
申請者	氏名					連絡先	— —	
	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)						

被保険者番号	吹国						
--------	----	--	--	--	--	--	--

交付を希望する人について記入してください

1	(フリガナ)		(対象)	(交付理由)	(再発行理由)
1	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
2	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
3	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
4	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
5	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
(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 資格確認書、被保険者証、資格情報のお知らせを紛失した 2 マイナンバーカードを先ほど返納した又は返納する予定である 3 医療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 4 その他・マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請をした ※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入してください			

本人確認	番号確認	受付	入力	チェック

国民健康保険 資格確認書交付申請書 兼 資格確認書等再発行申請書

吹田市長 宛

記入例

		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
申請者	氏名	吹田 花子	
	住所	吹田市泉町1丁目3番40号	
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員 (妻) <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯主	氏名	吹田 太郎	
		(個人番号)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

被保険者番号	吹 国	1	2	3	4	5	6	7
--------	-----	---	---	---	---	---	---	---

交付を希望する人について記入してください

1	(フリガナ)	ス イ タ ハ ナ コ	(対象)	(交付理由)	(再発行理由)
1	氏名	吹田 花子	1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和 平成 令和 10 年 10 月 10 日			
2	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
3	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
4	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
5	氏名		1. 資格確認書 2. 資格情報のお知らせ 3. 高齢受給者証	1. マイナカード紛失 2. マイナカード返納 3. 医療介助 4. その他 ()	1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 ()
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
(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 資格確認書、被保険者証、資格情報のお知らせを紛失した 2 マイナンバーカードを先ほど返納した又は返納する予定である 3 医療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 4 その他・マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請をした ※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入してください		

本人確認	番号確認	受付	入力	チェック