

☐国民健康保険 資格確認書 交付申請書

☐国民健康保険 資格確認書等 再交付申請書

四日市市長

申請年月日				被保険者記号・番号				<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養)			
令和 年 月 日								<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 発効期日：R . . .			
								<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ			

※資格証明書、資格確認書（特別療養）は、保険年金課で受付となります。

申請者	住所	マンション・アパート名 部屋番号まで書いてください。 四日市市											
	氏名	<input type="checkbox"/> 同一世帯人 <input type="checkbox"/> 代理人（委任状あり）						電 話 番 号 — —					
世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ						個 人 番 号 [C・住・通]					
	住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ											

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

	被 保 険 者 氏 名（生年月日）				続 柄	A理由	A： 資 格 確 認 書 申 請 の 理 由				
1	フリガナ <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ				<input type="checkbox"/> 世帯主	1 2 3 4	※理由の詳細は裏面をご覧ください。 1. マイナンバーカードを紛失した または更新中である 2. マイナンバーカードを返納予定 3. 介助者等の第三者が同行して資格 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 4. その他（ ）				
	西暦・昭・平・令 年 月 日										
	個人番号										
2	フリガナ <input type="checkbox"/> 届出人と同じ					1 2 3 4	B：再交付の確認				
	西暦・昭・平・令 年 月 日										
	個人番号										
3	フリガナ					1 2 3 4	理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 資格確認書の再交付 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせの再通知				
	西暦・昭・平・令 年 月 日										
	個人番号										
4	フリガナ					1 2 3 4	以下、職員記入欄 ・マイナ保険証の有無（有・無・未） ・前回発行状況（ 確・知 ）				
	西暦・昭・平・令 年 月 日										
	個人番号										

受 付	本 人 確 認		交 付	処 理
<input type="checkbox"/> 地区市民センター <input type="checkbox"/> 市民窓口サービスセンター <input type="checkbox"/> 保険年金課 担当者 印	<input type="checkbox"/> マイナンバーC <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 運転経歴 <input type="checkbox"/> 住基C <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 他（ ）	<input type="checkbox"/> 保・確 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 他（ ） <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュC <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> クレジットカードC <input type="checkbox"/> 聴取 <input type="checkbox"/> 他（ ）	<input type="checkbox"/> 即日交付 <input type="checkbox"/> 郵送 R . .	<input type="checkbox"/> 電 話 番 号 <input type="checkbox"/> 送 付 宛 名 <input type="checkbox"/> 収 納 状 況 <input type="checkbox"/> 収 納 連 絡

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ください

※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は、更新時には申請によらず資格確認書が交付されるため、再度の申請の必要はありません。