

門真市国民健康保険 資格確認書交付申請書

門真市長 様 次のおおりに申請します。

申請日	年 月 日					
申請者	氏名			電話番号	-	-
	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		

※世帯主と別世帯の人が申請する場合は、委任状が必要

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について書いてください。

住所	<input type="checkbox"/> 同上						
1	フリガナ					申請理由	1. 紛失 2. 要配慮者 3. その他
	氏 名	男・女		個人番号			
	生年月日	年 月 日					
2	フリガナ					申請理由	1. 紛失 2. 要配慮者 3. その他
	氏 名	男・女		個人番号			
	生年月日	年 月 日					
3	フリガナ					申請理由	1. 紛失 2. 要配慮者 3. その他
	氏 名	男・女		個人番号			
	生年月日	年 月 日					
4	フリガナ					申請理由	1. 紛失 2. 要配慮者 3. その他
	氏 名	男・女		個人番号			
	生年月日	年 月 日					
申請理由欄 の補足説明	1. マイナンバーカード等を紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカード等が手元にない 2. 介助者等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保険証での受診が困難 3. その他の場合、ご事情を具体的に記載してください。()						

(以下、職員記載欄)

受付	作成	交付申請情報 入力・付箋入力	交付方法	郵送の場合		証明書期間
				送付者	送付日	
		有 ・ 無	窓口 ・ 郵送			令和 年 月 日迄