

国民健康保険 資格確認書 交付申請書

葉山町長 殿		申請日		令和 年 月 日			
世帯主	住 所	葉山町					
	氏 名		電話番号	— —			
	生年月日	明 大 年 月 日 昭 平 令	マイナバ－ (個人番号)				
	☐ 世帯主分の交付を申請します。 ☐ 世帯主分の交付は申請しません。						
申請者	世帯主と申請者が異なる場合、記入してください。						
	住 所	☐ 世帯主と同じ 葉山町					
	氏 名		電話番号	— —			
	☐ 申請者分の交付を申請します。 ☐ 申請者分の交付は申請しません。 (申請する場合は生年月日・個人番号欄も記入してください。)						
	生年月日	明 大 年 月 日 昭 平 令	マイナバ－ (個人番号)				
交付対象者	世帯主や申請者以外で交付を希望する人について記入してください。						
	1	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
			マイナバ－ (個人番号)				
	2	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
			マイナバ－ (個人番号)				
	3	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
マイナバ－ (個人番号)							
申請理由	1. マイナンバーカードを紛失した等により、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した (する予定) 3. マイナ保険証での受診が困難である (第三者が本人の資格確認を補助する必要がある等) 4. その他 ()						
	受取人サイン欄						

身分確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他 ()				受 付 印
記号番号 51—				
課 長	課長補佐	係 長	係 員	

