

国民健康保険資格確認書交付申請書

被保険者の記号	2 5—	番号	
フリガナ			
交付を希望する被保険者			
個人番号			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒 —		
申請理由 (当てはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が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 <input type="checkbox"/> 有効なマイナンバーカードが手元にない(更新中、紛失など) <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証利用登録を解除した(または解除する予定である) <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p style="text-align: center;">立川市長 殿</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、国民健康保険資格確認書の交付を申請します。</p>			
		令和	年 月 日
		申請者氏名 申請者の個人番号 電 話 被保険者との関係(本人・世帯員・代理人) 代理人住所	

受付	交付	本人確認書類 免・マ・パ・在・他 ()	交付方法 窓口・郵送	審査
----	----	----------------------------	---------------	----

收受印