

様式第2号の2（第8条関係）

国民健康保険資格確認書交付申請書

(宛先)富山市長

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		123 – 456		申 請 年 月 日		R6年 12月 2日	
申 請 者 (世帯主)	住 所	富山市新桜町7番38号					
	氏 名	国 保 太 郎			個人番号		
	連 絡 先	電話 (090) 1234 – 5678					
代理人 (窓口にお越しの方)	住所	☐ 同上 富山市〇〇〇町〇番地			氏 名	富 山 花 子	
	申請者からみた関係		☐ 世帯員 ☒ その他（介護施設職員）		電話	(076) 123— 4567	

次のとおり申請します。

1	フリガナ	コクホ タロウ		(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失 2. マイナンバーカード返納 3. 要配慮者 4. その他()	
	氏 名	国 保 太 郎 (男)・女			
	生年月日	昭和34年 12月 1日			
	個人番号				
2	フリガナ			(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失 2. マイナンバーカード返納 3. 要配慮者 4. その他()	
	氏 名	男・女			
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
3	フリガナ			(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失 2. マイナンバーカード返納 3. 要配慮者 4. その他()	
	氏 名	男・女			
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
4	フリガナ			(申請理由) 1. マイナンバーカード紛失 2. マイナンバーカード返納 3. 要配慮者 4. その他()	
	氏 名	男・女			
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
(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、又は更新中であることより、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			

交 付	☐ 窓口交付	本人 確 認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 障害者・療育手帳 ☐ その他 () No. _____	受 付	行政サービスセンター 中核型地区センター 地区センター 交流館 その他 () 【担当】
	☐ 郵送				