

国民健康保険資格確認書 交付申請書



(あて先) 大阪市長 次のとおり申請します。

申請日	年	月	日																
申請者	氏名				電話	— —													
	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														

※代理人が手続きをする場合は、世帯主の委任状が必要です。
 ※大阪市内で異動した場合は、再度申請が必要となります。

・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 記号番号	(記号) 阪国	(番号)																			
住所	<input type="checkbox"/> 同上 (申請者と同じ住所の場合は記載不要)																				
1	氏名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()																			
	生年月日	年 月 日 個人番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>																			
2	氏名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()																			
	生年月日	年 月 日 個人番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>																			
3	氏名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()																			
	生年月日	年 月 日 個人番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>																			
4	氏名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()																			
	生年月日	年 月 日 個人番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>																			
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がい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 (注) 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には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。																				

【以下は職員が記入します】

(本人確認)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

処理者	確認者