

国民健康保険資格確認書交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

記号番号		島45		
被 保 険 者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 福島県耶麻郡西会津町		
申 請 理 由	☐ 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 ☐ マイナンバーカードを返納する予定である ☐ 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 ☐ 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) 			
	備考	マイナンバーカードを取得していない方、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。		
西会津町長 上記のとおり資格確認書の交付を申請します。 令和 年 月 日 世帯主 氏 名 電話番号				

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	資 格 確 認 書	交付（未・済）	令和 年 月 日（即時・郵送）
		回収（未・済）	令和 年 月 日
		電算処理（未・済）	令和 年 月 日