

受付		
区役所	総合出張所	国保年金課

国民健康保険資格確認書等交付申請書

熊本市長宛 以下のとおり資格確認書等の交付を申請します。

(令和 年 月 日受付)

記号番号
—

利用登録のある者の資格確認書の交付	更新	再交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(特別療養)
-------------------	----	-----	---

世帯主住所	熊本市 区 方書(アパート、団地等の名称)	世帯主氏名 フリガナ
来庁者住所 (窓口に来られた方)	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ(記入不要)	世帯主個人番号 (マイナンバー) <input type="checkbox"/> 本人確認により記載不要
電話番号		来庁者氏名 (窓口に来られた方) フリガナ <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ(記入不要)

世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 同一世帯所属	添付書類不要	本人確認資料 マイナンバーの記載不要 マイナンバーの記載必要
	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> (世帯主が未成年の場合) 戸籍謄本原本 <input type="checkbox"/> (世帯主が成年被後見人等の場合) 登記事項証明書原本	
	<input type="checkbox"/> 任意代理人	<input type="checkbox"/> 世帯主からの委任状 <input type="checkbox"/> 申請及び受領の代理に係る申出書	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 申請及び受領の代理に係る申出書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

	被保険者氏名		被保険者氏名		更新前 (特別療養)	更新前
	個人番号(マイナンバー)	生年月日	個人番号(マイナンバー)	生年月日		
1		年 月 日	4	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ 有効期限 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
2		年 月 日	5	年 月 日		
3		年 月 日	6	年 月 日		

申請の理由	<input type="checkbox"/> カード更新中 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> カード紛失 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他()	更新内容 ※更新交付時のみ 交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し(受領サイン要) ※受領者サイン欄 申請した資格確認書等を受領しました。 令和 年 月 日 氏名
-------	---	--

☆ 赤枠内を記入してください。
 ☆ 該当する理由に☑を入れ、必要に応じ状況をご記入ください。
 ☆ 汚損、破損等により再交付を申請するときは、必ずその資格確認書等を添えてください。
 ☆ 後日、紛失されていた資格確認書等が見つかった場合には、返還してください。