国民健康保険　資格確認書交付申請書

（あて先）大村市長　次のとおり申請します。

申請日	令和　　年　　月　　日			
申請者	住所			
	氏名		電話番号	—　　—
	世帯主からみた関係	□ 世帯主本人　□世帯員（　　）　□その他（　　）		
世帯主	住所			
	氏名		個人番号	

※代理人が申請する場合は、下記委任状欄に世帯主が自署する又は別途委任状等が必要です。

※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			大村　・	
	フリガナ	性別	生年月日	申請理由
1	氏名	男 女	昭和・平成・令和 ・　・	1.紛失又は更新中　2.カード返納　3.介助等 4.その他（　　） 個人番号
2	フリガナ	性別	生年月日	申請理由
	氏名	男 女	昭和・平成・令和 ・　・	1.紛失又は更新中　2.カード返納　3.介助等 4.その他（　　） 個人番号
3	フリガナ	性別	生年月日	申請理由
	氏名	男 女	昭和・平成・令和 ・　・	1.紛失又は更新中　2.カード返納　3.介助等 4.その他（　　） 個人番号
4	フリガナ	性別	生年月日	申請理由
	氏名	男 女	昭和・平成・令和 ・　・	1.紛失又は更新中　2.カード返納　3.介助等 4.その他（　　） 個人番号

（記入上の注意）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（要配慮者）
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。

委任状

令和　　年　　月　　日

世帯主氏名

私は、下記の者を代理人と定め、国民健康保険資格確認書交付申請に関する権限を委任します。

代理人	住所					
	氏名		連絡先	—　　—	世帯主との関係	

職員記入欄

本人確認方法

書類１つ
- □マイナンバーカード　□運転免許証　□パスポート
- □身体障害者手帳　□精神障害者保険福祉手帳　□療育手帳
- □特別永住者証明書　□在留カード
- □その他（　　）

書類２つ
- □特別児童扶養手当証書　□児童扶養手当証書　□年金手帳
- □官公署又は行政機関から発行された書類（氏名と生年月日又は住所記載有）
- □その他（　　）

長崎県統一要配慮対象者確認書類 ※次年度以降の申請は不要

【A】 要支援・要介護認定者	⇒ 介護保険被保険者証
【B】 住所地特例対象者（施設入所者）	⇒ 国保標準システム
【C】 マル遠対象者（児童養護施設の一時保護も含む）	⇒ 国保標準システム（一時保護は決定通知書）
【D】 市内の病院・施設に住所を有する者	⇒ 国保標準システム
【E】 障害者手帳（身体・精神・療育）所持者	⇒ 障害者手帳（身体・精神）、療育手帳
【F】 特定医療費（指定難病）医療受給者証所持者	⇒ 特定医療費（指定難病）医療受給者証
【G】 成年後見人制度を利用されている方	⇒ 登記事項証明書

マイナ保険証の保有状況(システム確認)								３．介助等該当項目・確認書類		受付職員	確認職員	受領印（窓口・郵送）
1	有・無	2	有・無	3	有・無	4	有・無	A～F	確認書類			