記入例

国民健康保険　資格確認書交付申請書

岩国市長　様　　次のとおり申請します。

申請日	○○　年　△　月　×　日			
申請者	氏名	岩国　花子	電話	0827-29-5084
	住所	岩国市今津町 1-14-51		
	続柄	□世帯主本人　□世帯員（　妻　）　その他（　　）		
世帯主	氏名	岩国　太郎	個人番号	0123-4567-8910

※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。

住所		□ 同上		
1	フリガナ	イワクニ　タロウ	（申請理由） 1.紛失　2.カード返納　3.介助 4.その他（　　）	
	氏名	岩国　太郎		
	生年月日	平成○年△月×日	個人番号	0123-4567-8910
2	フリガナ	イワクニ　ハナコ	（申請理由） 1.紛失　2.カード返納　3.介助 4.その他（　　）	
	氏名	岩国　花子		
	生年月日	平成○年△月×日	個人番号	0123-4567-8911
3	フリガナ		（申請理由） 1.紛失　2.カード返納　3.介助 4.その他（　　）	
	氏名			
	生年月日		個人番号	
4	フリガナ		（申請理由） 1.紛失　2.カード返納　3.介助 4.その他（　　）	
	氏名			
	生年月日		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 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 （注意）マイナンバーカード未取得の方、もしくはマイナンバーカードの保険証利用登録されていない方には、申請によらず資格確認書が交付されます		