国民健康保険資格確認書交付申請書（要配慮者）

（あて先）飛騨市長　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | 年 月 日 |  |
| 申 請 者 | 施設名 |  | 電話 | 　　　　-　　　　-　　　　 |
| 住所（入所施設等） | 　〒 |
| 氏名（職員氏名） |  |

　ここから下の枠内は、交付を希望する人について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フリガナ |  | ６ | フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　年　　　月　　　日　 |
| ２ | フリガナ |  | ７ | フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　年　　　月　　　日　 |
| ３ | フリガナ |  | ８ | フリガナ |  |
| 氏　名 |  | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　 |
| ４ | フリガナ | 【注意】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。 | ９ | フリガナ |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　 |
| ５ | フリガナ |  | 10 |  |  |
| フリガナ |
| 氏　名 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　 | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　 |
| 【備　考】申請者及び交付対象者の本人確認書類のコピーを添付すること【注意】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。 |