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。 | | | | | | |