

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		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。