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 次のおおりに申請します。

申請日	○年 △月 △日			
申請者	施設名	○○苑	電話	○○○○-△△-□□□□
	住所 (入所施設等)	〒○○○-△△△△ 岐阜県飛騨市○○町△△		
	氏名 (職員氏名)	飛騨 太郎		

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	フルカワ ジロウ	6	フリガナ	
	氏名	古川 二郎		氏名	
	生年月日	昭和○○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。