第１号様式(第３条関係)

国民健康保険資格確認書（特別療養）交付申請書

被保険者氏名 （高齢受給者該当者に〇）		被保険者 記号・番号	世帯主 との続柄	生　年　月　日	個人番号
				年 12 月 31 日	
				年 12 月 31 日	
				年 12 月 31 日	
				年 12 月 31 日	
				年 12 月 31 日	

確認事項
□マイナンバーカード　□運転免許証　□旅券　□在留カード
□その他(具体的に記載：　　)

申請の理由	1．紛失（マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない） 2．カード返納（マイナンバーカードを返納する予定である） 3．介助（介助者等の第三者が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。

国民健康保険法施行規則第６条第１項の規定により、上記のとおり国民健康保険資格確認書（特別療養）の交付を申請します。

年 12 月 31 日

（あて先）

羽　島　市　長

世帯主　郵便番号
住　　所
氏　　名
個人番号
電　　話（　　）　　―

申請者　郵便番号
（世帯主の場合は記入不要）　住　　所
氏　　名
個人番号
電　　話（　　）　　―

※同一世帯以外の申請者の場合は委任状を、法定代理人の場合は戸籍謄本その他資格を証明する書類を提出してください。