

様式第2号（第17条関係）

国民健康保険資格確認書交付申請書

（宛先）安曇野市長

申請日	年 月 日											
申 請 者	氏 名							電話番号				
	住 所											
	世帯主との続柄	□本人 □世帯員（ ） □その他（ ）										
世 帯 主	氏 名											
	個 人 番 号											

（※別世帯の代理人が申請する場合は、別途、委任状が必要です。）

※交付を希望する人について記入してください。記入しきれない場合は裏面に記入してください。

1	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他（ ）									
	氏 名											
	個人番号											
	生 年 月 日	年 月 日										
2	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他（ ）									
	氏 名											
	個人番号											
	生 年 月 日	年 月 日										
3	(フリガナ)		(申請理由) 1. 紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他（ ）									
	氏 名											
	個人番号											
	生 年 月 日	年 月 日										

※申請理由欄の補足説明

1. 個人番号カードを紛失した又は更新中で、有効な個人番号カードが手元にない
2. 個人番号カードを返納する予定である
3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である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、個人番号カードでの受診が困難である
4. その他

※個人番号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

(裏面)

[illegible]