

国民健康保険 資格確認書交付申請書

高知市長 様

令和 年 月 日

届出者	フリガナ		世帯主 との 続柄	本人・配偶者・父母 子・その他()
	氏名			
	住所		電 話	

※ 別世帯の方が届け出る場合は、委任状の提出が必要です。

資格確認書の交付について、以下のとおり申請します。

申請者 (世帯主)	フリガナ		個人番号
	氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	電 話

交付希望者	1	フリガナ					世帯主との続柄
		氏名					本人・配偶者・父母 子・その他()
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別
	2	フリガナ					世帯主との続柄
		氏名					本人・配偶者・父母 子・その他()
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別
	3	フリガナ					世帯主との続柄
		氏名					本人・配偶者・父母 子・その他()
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別

《申請理由》

- 介助が必要などの理由により、マイナンバーカードでの受診が困難である。
※ 資格確認書の交付が不要となった場合は、解除の申し出が必要です。
- マイナンバーカードを紛失または更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない。
- マイナンバーカードを返納する予定である。

(注) 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。

高知市 使用欄	世帯番号		届出者の本人確認
	受付者	交付	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 特別療養費 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

委任状

令和 年 月 日

高知市長 様

《 委任者 》

住所

氏名

資格確認書交付申請に係る手続きの一切を、以下の者に委任します。

《 受任者 》

住所

氏名

ご注意いただきたいこと

- ① 委任状は全て「委任者」がご記入ください。
- ② 成年後見人等が申請する場合は、委任状の代わりに「登記簿謄本(写)」が必要です。
※ 登記簿謄本は発行から3か月以内のもの。
- ③ 委任状の記載が困難な場合は、保険医療課 資格賦課担当までご相談ください。

高知市役所 保険医療課 資格賦課担当 ☎ 088-823-9360