

資格確認書・資格情報のお知らせ 交付申請書

あて先 日田市長

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

個 人 番 号 _____

電 話 番 号 _____

申請者

申請者が世帯主 ※下記氏名等は省略できます

申請者氏名 _____

世帯主との続柄 _____

電 話 番 号 _____

申請対象者

※番号記載

氏名	個人番号	生年月日	申請理由	マイナ保険証利用登録
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)
		昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし(資格確認書) <input type="checkbox"/> あり(資格情報のお知らせ)

申請理由

※枠内に番号を記載してください

1.資格確認書の紛失等 2.資格情報のお知らせの紛失等 3.保険証の紛失等

4.マイナンバーカードの紛失・更新中 5.マイナンバーカードの返納 6.要配慮者

7.その他()

職員記入欄

①申請者 確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	受付印
	<input type="checkbox"/> その他 (※職員確認の場合はその他に課名、氏名、押印	
	②交付方法 <input type="checkbox"/> 即時交付 <input type="checkbox"/> 郵送	
	③証種類 <input type="checkbox"/> 特別療養費でない <input type="checkbox"/> 特別療養費	
④備考	<input type="checkbox"/> 資格確認書の場合、資格確認書発行申請を行ったか	