

みやま市国民健康保険資格確認書交付申請書



みやま市長 様

被保険者 (申請者)	被保険者番号		届出年月日	令和	年	月	日
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名						
	住所	みやま市 瀬高 山川 高田 町					
	電話番号						
申請理由 該当するものに ☑してください	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失し、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> 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、マイナ保険証での受診が困難である <small>※来年度以降は申請によらず交付します。</small> <input type="checkbox"/> その他 () <small>※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。</small>						
※ みやま市国民健康保険資格確認書交付申請した方には、保険者から資格確認書及び各種証等の認定を受けている場合は、その各種証等を交付します。							
代理申請	フリガナ		続柄				
	氏名						
	住所	☐申請者と同じ					
	電話番号						

有効期限	令和 年 月 日 (紛失・更新は、申請月の翌々月末まで)						
各種証等の発行確認欄	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証						
届出人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理申請(同一世帯・委任状) <input type="checkbox"/> 郵送申請						
本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()			受付	瀬・山・高()		