様式第４号（第８条関係）

国民健康保険資格確認書交付申請書

交付を求める被保険者氏名	生年月日	個人番号
深谷　花子	昭和〇年〇月〇日	
深谷　太郎	昭和〇年〇月〇日	

交付を希望するかたの氏名・生年月日を記入してください

該当するものにチェックをつけてください。

申請の理由（該当するものに☑してください）

□マイナンバーカードを紛失又は更新中で、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

□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（１．高齢、２．障害、３．その他　）

□その他

※その他の場合は事情を具体的に記載ください

（　　）

※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。

上記のとおり申請します。

申請日を記入してください→　　年　　月　　日

深谷市長　宛て

世帯主のかたの住所・氏名・電話番号と、窓口にいらっしゃるかたの住所・氏名・電話番号を記入してください。
世帯主のかたがいらっしゃる場合、窓口にいらっしゃるかたの情報は記入せず、「上記と同じ」にチェックをつけてください。

世帯主　住所　埼玉県深谷市仲町１１番１号

氏名　深谷　花子

電話番号　〇〇〇―〇〇〇〇―〇〇〇〇

個人番号

窓口に来た人

□　上記と同じ

住所　埼玉県深谷市仲町１１番１号

氏名　深谷　太郎

電話番号　〇〇〇―〇〇〇〇―〇〇〇〇

処理欄	交付年月日	有効期限	資格確認書	受付者