第10号様式（第５条の３関係）

**国民健康保険資格確認書交付申請書**

年　　　月　　　日

　（宛先）焼津市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  |
| （世帯主） | 氏　名 |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 電話番号 |  |

　省令第６条第１項の規定により、資格確認書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格確認書の交付を求める被保険者 | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由 | □ | 障害などの理由により、マイナ保険証が使用できないため。 |
| □ | その他（具体的に） |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  | 世帯主宛名番号 |  |
| 身分確認 | 運転免許証　マイナンバーカード　在留カードその他（　　　　　　　） | 受付者 |  | 交付日 |  |