

担任	係長	課長
----	----	----

神奈川県国民健康保険資格確認書交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)川崎市 区長

申請人住所川崎市 区

(世帯主)氏名

個人番号

電話 ()

次のとおり神奈川県国民健康保険資格確認書の交付を申請します。

被保険者記号・番号	5 0								
-----------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

交付を必要とする被保険者	氏名	生年月日	年	月	日	申請理由コード	数字
		個人番号					(※)
2	氏名	生年月日	年	月	日	申請理由コード	数字
		個人番号				(※)	
3	氏名	生年月日	年	月	日	申請理由コード	数字
		個人番号				(※)	
4	氏名	生年月日	年	月	日	申請理由コード	数字
		個人番号				(※)	
5	氏名	生年月日	年	月	日	申請理由コード	数字
		個人番号				(※)	

※ 申請理由コード	1 個人番号カードを紛失	2 個人番号カードの有効期限更新中
	3 個人番号カードを返納	4 介助等を要するため個人番号カードでの受診が困難
	5 資格確認書の交付を希望 (1~4のいずれにも該当しない方)	
	6 その他 ()	

処 理 欄

本人確認書類	1 個人番号カード	2 自動車若しくは原動機付自転車運転免許証	3 旅券
	4 在留カード	5 その他 ()	

資格確認書の交付年月日	令和 年 月 日	資格確認書の交付方法	郵送 ・ 窓口交付	要配慮者等フ ラ グ
-------------	----------	------------	-----------	------------

世帯主以外が受け取る場合	受取人住所		世帯主係との関係
	受取人氏名		
	受取人電話	()	

備考	
----	--

