

国民健康保険 資格確認書交付申請書

四万十市長 様

次のとおり申請します。 申請日 令和 年 月 日

申請者	氏名	(続柄:)	連絡先	
	住所			
世帯主	氏名		個人番号	

ここから下は、交付を希望する人について記入してください。

住所	□同上			
フリガナ氏名		男・女	生年月日	T・S H・R 年 月 日
			個人番号	
理由	1. 有効なカードがない（紛失・更新中・返納） 3. その他 2. 受診困難（介助が必要・管理が不安） ()			
フリガナ氏名		男・女	生年月日	T・S H・R 年 月 日
			個人番号	
理由	1. 有効なカードがない（紛失・更新中・返納） 3. その他 2. 受診困難（介助が必要・管理が不安） ()			
フリガナ氏名		男・女	生年月日	T・S H・R 年 月 日
			個人番号	
理由	1. 有効なカードがない（紛失・更新中・返納） 3. その他 2. 受診困難（介助が必要・管理が不安） ()			
フリガナ氏名		男・女	生年月日	T・S H・R 年 月 日
			個人番号	
理由	1. 有効なカードがない（紛失・更新中・返納） 3. その他 2. 受診困難（介助が必要・管理が不安） ()			

任意記載事項の記載（希望する・希望しない）

※任意記載事項とは、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分、一部負担金限度額の適用区分、食事・生活療養標準負担額の減額の適用区分のことをいいます。