

(あて先) 桐生市長 次のとおり申請いたします。

申請日	年 月 日			被保険者記号・番号				き・					
申請者	住 所												
	氏 名												
	電話番号						世帯主との続柄						
	個人番号												
世帯主	住 所	☐ 申請者と同じ											
	氏 名												
	個人番号												

1	(フリガナ)							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	個人番号											
2	(フリガナ)							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	個人番号											
3	(フリガナ)							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	個人番号											
4	(フリガナ)							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	個人番号											

1 紛失	2 カード返納	3 マイナ保険証での受診が困難
4 その他（ ）		

【マイナ保険証での受診が困難な場合】

申請によらず継続して資格確認書の交付を希望しますか。 ☐ はい ☐ いいえ

申請理由の補足説明

- 1 マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元がない
- 2 マイナンバーカードを返納する予定である
- 3 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である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
- 4 その他 ※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入してください。

注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを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。

処理欄	受付者	本人確認書類	交付方法
		☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 在留カード ☐ その他（ ）	☐ 窓口 ☐ 郵送（ ）