様式第４号（第９条関係）

国民健康保険　資　格　確　認　書　交付申請書

被保険者記号・番号	記号		番号	
被保険者	氏　　名	生　年　月　日	個　人　番　号	
申請の理由	□１　紛失　□２　カード返納又は登録解除 □３　その他（　　）			

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

年　　月　　日

（宛先）茨城県龍ケ崎市長

世帯主
住　　所
氏　　名
個人番号
電　　話

（記載上の注意）申請理由欄の補足説明

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にない。

2　マイナンバーカードを返納する予定、または健康保険証利用登録を解除予定である。

3　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載してください。）

（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。