

要配慮者への資格確認書交付申請書（施設による一括申請）

令和 年 月 日

串間市長 様

次のとおり一括申請します。

所在地：

名称：

代表者：

印

電話番号：

代理申請者氏名：

串間市国民健康保険資格確認書 交付希望者リスト

No	住所	氏名	生年月日				個人番号				
			昭	平	令	和	年	月	日	番	号
1			昭	平	令	和	年	月	日		
2			昭	平	令	和	年	月	日		
3			昭	平	令	和	年	月	日		
4			昭	平	令	和	年	月	日		
5			昭	平	令	和	年	月	日		
6			昭	平	令	和	年	月	日		

- 串間市国民健康保険の被保険者である
- マイナ保険証での受診が困難な要配慮者（高齢者・障がい者等）であり、かつ、本人・家族が資格確認書の交付を希望している
- 施設が代理で一括申請することに関して、本人・家族等から同意を得ている

（記載上の注意）交付希望者について、上記の条件を全て満たさない場合は交付することはできません。

◎ 代理申請に必要なもの

- ・ 要配慮者本人確認書類→マイナンバーカード、運転免許証、障がい者手帳等
- ・ 代理申請者の本人確認書類→上記の本人確認書類+施設職員の身分を証明するもの（社員証、名札、名刺等）

* 代理申請の場合、資格確認書の窓口交付はできません。
資格確認書は、住民票上の住所又は送付先として設定された住所に送付致します。

【対象者確認フロー】

