

# 国民健康保険 遠隔地資格確認書 交付申請書



茅野市長 様

年 月 日

申請者（世帯主） 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____	窓口に来た方 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 氏 名 _____ 世帯主と の 続 柄 _____
---	---

下記のとおり申請します。

なお、交付申請の理由が終了したときは、速やかに資格確認書を返還します。

被 保 険 者 記 号 番 号	茅 野 市	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族
住所を離れる 被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
交付申請の理由	1 長期の旅行のため	行き先
	2 出稼ぎ又は仕事の都合のため	( )
	3 病気治療のため	
	4 その他	
	( )	
住所を離れる期間	年 月 日 から	年 月 日まで

\*\*\*\*\* 以下、市町村使用欄 \*\*\*\*\*

処理欄	受付	本人確認	証明書	入力	確認書	台帳	担当
		個番カ・通カ・免・旅・在カ 資・年・通・診 その他 ( )			回収 ----- 交付		

# 委任状

長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電 話 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

茅野市国民健康保険の

- 1 国民健康保険資格確認書の再発行の手続き及び受領に関する事
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
- 3 国民健康保険税 (料) に関する事
- 4 その他の事項 ( ) に関する事

代理人 (委任を受けた人) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*

来庁者の確認	<p><b>(1点確認)</b></p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書    <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)    <input type="checkbox"/> ( ) 手帳  <input type="checkbox"/> 在留カード    <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 ( )  &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;</p> <p>【① - ③の証の発行・登録番号等.....】</p> <p><b>(2点確認)</b></p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 資格確認書    <input type="checkbox"/> 年金手帳    <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書  イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等  &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;  <input type="checkbox"/> .....資格確認書    <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等    <input type="checkbox"/> .....証書 (手帳)  証・種類名等 (.....)</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等.....】</p> <p>⑤ その他の書類等 (.....)</p>
--------	---