

代理人へポイント受給を委任する場合

※ 黒または、青の濃いインクで、所定の枠内に記入してください。

※ 記入ミスをした場合は、二重線で訂正してください。修正ペンや修正テープは使用しないでください。

表面

泉佐野市国保世帯健康増進支援ポイント支給要件確認書

下記の人は、泉佐野市国保世帯健康増進支援事業支給事務実施要綱に基づく支給対象者に該当いたします。健康増進支援ポイント支給を希望される場合は、下記確認欄の内容を確認のうえ必要事項を記入し、**封筒に入れて返送してください。**

支給方法	「さのぼカード」へ「さのぼ」ポイント付
支給日	確認書を受理した日から約3週間後
支給ポイント	さのぼ5,000ポイント×支給対象人数

支給対象者を確認してください。後期高齢者医療保険（主に75歳以上）の人は対象外のため記載されいません。

オンライン申込もできます

詳しくは、左側の二次元コードからアクセスして確認してください。

● 支給対象者の確認について

※内容に相違がなく、裏面の同意・誓約事項にすべて同意・誓約された場合は、右名欄に署名してください。

支給対象者（国民健康保険被保険者）氏名	
1	泉佐野 太郎
2	泉佐野 花子
3	泉佐野 一郎
4	
5	
6	
7	
8	

● 支給対象者の要件

令和5年度末時点（令和6年3月31日）かつ令和6年度本算定時（令和6年6月1日）において泉佐野市（以下「市」という。）の国民健康保険被保険者資格がある人。

※ 左記の支給対象者に記載されている人の中で、すでに社会保険に加入しているなど、上記支給要件を満たさない人がある場合は、被保険者氏名を二重線で消してください。確認内容が誤っていた場合は、付与ポイント相当額の返還を求める場合があります。

※ 既に国民健康保険の資格を喪失されている場合は、市・国保年金課で国保資格喪失手続きを行ってください。

※ 支給対象者は、令和6年8月5日現在の情報を記載しています。

上記の内容に相違ありません。また、裏面の全ての同意・誓約事項について確認し、同意・誓約しましたので、下記さのぼカードへ（代理人名義のカードの場合は、代理人へ受給を委任のうえ）ポイント付与を依頼します。

世帯主 氏名	(署名) 泉佐野 太郎	確認日	令和 6 年 9 月 20 日
		連絡先電話番号	072-123-4567

● 付与を希望するさのぽカードについて （※原則、世帯主名義のさのぽカードへの付与となります。）

世帯主以外のさのぼカードへ付与を依頼する場合は、【代理人情報記入欄】に必ず情報を記入してください。

【さのぽカード番号記入欄】

カード名義人氏名 (フリガナ)		世帯主との関係	カード番号 ※左詰めでご記入ください。							
フリガナ	イズミサノ ハナコ	本人 	8	7	6	5	4	3	2	1
氏名	泉佐野 花子									

【代理人情報記入欄】

※代理人へ受給を委任される場合は下記も記入してください。

代理人情報		世帯主との続柄	代理人生年月日	連絡先電話番号
住所	泉佐野市〇〇〇1丁目1-1		明治・大正 昭和 ・平成	090-1234-5678
氏名	泉佐野 花子		〇〇 年 〇 月 〇 日	

※ 日中連絡可能な番号を記入

※ 日中連絡可能な番号を記入

申請期限

令和6年**10月31日**(木) 消印有効

忘れずに、裏面に本人確認書類を添付してください。

裏 面

● 確認書類添付欄

氏名 泉佐野 太郎 令和〇〇年〇〇月〇〇日生

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇〇
 交付 平成〇〇年〇〇月〇〇日 123456
 有効期限 〇〇〇〇(年)令和〇〇(年)〇〇月〇〇日まで有効

性別 男 年齢 〇〇歳

優良

番号 第 123456789000 号

二対五	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	種別	普通自動車
種別	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	種別	普通自動車
二対五	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	種別	普通自動車

運転免許証
〇〇県警察 警保課

氏名		崇佐野 花子										令和〇〇年〇〇月〇〇日生		
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇〇													
交付	平成〇〇年〇〇月〇〇日 012345													
	〇〇〇〇年(令和〇〇)年〇〇月〇〇日まで有効													
免許の 条件等	〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇													
優良														
第 〇 号	第 123456789000 号													
二種	平仮	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
二種	平仮	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
二種	平仮	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

運転免許証



〇〇県会



本人及び

代理人が受給する場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付してください。