

国民健康保険資格確認書 ☐・資格情報のお知らせ ☐
限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐
特定疾病受療証 ☐
再交付申請書

申請日		年 月 日		
世帯主	被保険者記号・番号	茂		
	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住所			
	電話番号	()		

必要とする被保険者				
被保険者記号・番号		茂		
氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日	続柄		
被保険者記号・番号		茂		
氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日	続柄		
被保険者記号・番号		茂		
氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日	続柄		
被保険者記号・番号		茂		
氏名			個人番号	
生年月日	年 月 日	続柄		

再交付申請理由 紛失 ・ 盗難 ・ 汚破損 ・ その他()

申請者が世帯主以外の場合はご記入ください

氏名			個人番号	
電話番号	()		続柄	

申請者が別世帯の方はご記入ください ※委任状及び本人確認書類が必要となります

氏名			生年月日	年 月 日
住所				
電話番号	()		続柄	

市処理欄				
本人確認 窓口交付	☐ A運転免許証 ☐ Aパスポート ☐ A個人番号カード ☐ Aその他() ☐ B()+B() ☐ B()+C() ☐ 資格確認書(特定疾病受療証、限度額適用認定証の手続きに限る)			受付印
郵送年月日	年 月 日			