

国民健康保険 資格確認書等 再交付申請書

いちき串木野市 様

令和 年 月 日

申請者	氏名		世帯主との続柄	本人・配偶者・子・父母 その他()
	住所		連絡先	

※ 別世帯の方が申請する場合は、委任状の提出が必要です。

以下のとおり申請します。

(1) 再交付を希望する書類の種類				
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ				
(2) 再交付を申請する理由				
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()				
(3) 再交付を希望する被保険者				
住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
①	フリガナ			昭和 平成 令和
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	記号番号		
②	フリガナ			昭和 平成 令和
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	記号番号		
③	フリガナ			昭和 平成 令和
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	記号番号		
④	フリガナ			昭和 平成 令和
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	記号番号		

市 使 用 欄	本人確認(窓口交付)	本人確認(未着郵送交付)	回収	受付者	世帯番号	
	<input type="checkbox"/> 保険証・資格確認書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート・在留カード <input type="checkbox"/> 社保等(証・資格確認書) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 記号番号 <input type="checkbox"/> 世帯番号 <input type="checkbox"/> 通知書番号 <input type="checkbox"/> 氏名・生年月日・住所 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保険証 (年度 ×) <input type="checkbox"/> 資格確認書 (年度 ×) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (年度 ×)	処理者	交付者・交付方法	
				収納案内(窓口交付)		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		