

国民健康保険資格確認書等交付（再交付）申請書

太枠の中を記入してください。

|         |  |         |      |
|---------|--|---------|------|
| 申請者名    |  | 世帯主との関係 |      |
| 申請者住所   |  |         |      |
| 申請者個人番号 |  |         | 電話番号 |

| 被保険者の記号・番号 |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | 種別                                                                |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 1 2 -      |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 氏 名        |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | 世帯主との関係                                                           |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 個人番号       |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |
| 氏 名        |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | 世帯主との関係                                                           |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 個人番号       |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |
| 氏 名        |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | 世帯主との関係                                                           |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 個人番号       |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |
| 氏 名        |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  | 世帯主との関係                                                           |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 個人番号       |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |
| 交付申請理由     |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難であるため（介助者等の補助が必要であるなど）<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した又は返納する予定であるため<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中であるため<br><input type="checkbox"/> その他<br>（ ） |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| 再交付申請理由    |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 被保険者証、資格確認書又は資格情報のお知らせを破損、汚損又は紛失したため<br><input type="checkbox"/> その他<br>（ ）                                                                                                                |  |  |  |  |                                                                   |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

大竹市長 様

上記のとおり、申請します。

年            月            日

|     |     |
|-----|-----|
| 送付日 | 入力者 |
| /   |     |

