

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			
広 1 2 -										☐ 資格確認書 ☐ 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	☐ 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） ☐ 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 ☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中であるため ☐ その他 ()												
再交付申請理由	☐ 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 ☐ その他 ()												

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
/	

