

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

被保険者記号・番号　：			
被 保 険 者	氏　　名	生　年　月　日	個　人　番　号
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
再交付申請 をする証等	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		

上記の証等を（ 紛失・破損 ）したので再交付申請します。

なお、再交付により町へ損害をかけることが生じた場合は、私方で責任をもって処理
します。

令和　　年　　月　　日

○申請者（世帯主）

住　所　長泉町

氏　名　（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

個人番号

電話番号　（　　）

○届出人（世帯主以外）

住　所

氏　名　（続柄　　）

電話番号　（　　）

長泉町長　　様

保険者確認

身分証明証の確認	1.マイナンバーカード　2.運転免許証 3. その他証明（　　）
----------	-------------------------------------