

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 : 0000001				
被 保 険 者	氏 名	生 年 月 日	個 人 番 号	
	国保 花子	平成2年1月1日	0000 0000 0000	
		年 月 日		
		年 月 日		
	交付を希望するものにチェックを入れてください。		月 日	
			月 日	
	年 月 日			
再交付申請 をする証等	<input checked="" 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 中土狩 828 番地

氏 名 国保 太郎 (※)

(※)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 1111 1111 1111

電話番号 090 (0000) 0000

世帯主以外の方が申請する場合、押印が必要です(シャチハタ不可)

○届出人（世帯主以外）

住 所

氏 名 (続柄)

電話番号 ()

世帯主以外の方が申請する場合、記入してください。同一世帯の方以外が申請する場合、委任状が必要です。

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 ()
----------	--