

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

令和 年 月 日申請

上天草市長様

下記の理由により、資格確認書等の再交付を申請します。

尚、万一資格確認書等の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切の迷惑をかけないことを誓約します。

※太枠内をご記入ください。

証記号番号	上天草		
申請者 (世帯主)	住所	上天草市	
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話番号		
受取人 (窓口に来た人)	住所	上天草市	
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話番号		
	申請者との関係		
確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
再交付理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他 ()		
交付書類	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書		
対象被保険者			
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			