

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

世帯主の氏名							性別	生年月日					
								男・女	年月日				
個人番号													
被保険者の記号番号	—												
再交付対象者氏名 個人番号	性別	生年月日						再交付する証					
		男女	年月日						<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <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"/> 資格情報のお知らせ(特別療養) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他				
	男女								年月日				
		男女	年月日										
	男女								年月日				
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他 ()								

上三川町長

上記の理由により、再交付の申請をします。

年　　月　　日

申請者　　住所 _____

　　　　氏　　名 _____

世帯主との続柄 ()

電話番号 _____

※事務処理欄

受付	発行	交付	申請者確認
		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

世帯主の氏名	国保 一郎						性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日					
								昭和 ○○年 ○月 ○○日					
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
被保険者証の記号番号	123 — 456789												
再交付対象者氏名 個人番号	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日						再交付する証					
国保 太郎 987654321000		○年 ○月 ○日						<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <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"/> 資格情報のお知らせ(特別療養) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他					
国保 花子 012345678900	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	○○年 ○月 ○日						<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <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"/> 資格情報のお知らせ(特別療養) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他					
		年月日						<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <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"/> 資格情報のお知らせ(特別療養) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他					
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()												
上三川町長 上記の理由により、再交付の申請をします。 ○○年 ○月 ○○日													
申請者 住 所 上三川町しらさぎ一丁目1番地 氏 名 国保 太郎 世帯主との続柄 (子) 電話番号 56-9134													

※事務処理欄

受付	発行	交付	申請者確認
		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()