

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		記 号		も	番 号		
被 保 険 者	氏 名				生 年 月 日		再交付を申請する 証区分
	個 人 番 号						
					昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病受療証
					昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病受療証
					昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病受療証
					昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病受療証
				昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病受療証	
再 交 付 申 請 の 理 由				紛失・盗難・破損・汚損・その他()			

上記のとおり申請します。

年 月 日

毛呂山町長 あて

住 所

世帯主 氏 名

個人番号

電話番号

※世帯主以外の方が申請する場合は、下記も記入してください。

氏 名	住 所	世帯主との関係
	☐ 世帯主と同じ	☐ 同一世帯員 ☐ 別世帯の親族 ☐ その他()

毛呂山町記入欄

本 人 確 認				確認項目	交付の別	担 当	
1 点	☐ 運転免許証(運転経歴証明書)	2 点	☐ 保険証	☐ 資格確認書	☐ 台帳	☐ 窓口 ☐ 郵送 (/)	
	☐ 個人番号カード		☐ 通帳	☐ 納税通知書等	☐ 異動整理簿		
	☐ 障害者手帳 ☐ パスポート		☐ 診察券	☐ 受給者証	☐ 税案内(要・不要)		
	☐ その他()		☐ その他()				