

国民健康保険資格確認書等再交付・再通知申請書

被保険者 記号・番号	村 上														申請の 理 由	① 紛失 ② 破損・汚損 ③ その他
世帯主	氏名											生年月日	年 月 日			
	住所															
再交付・再通知する証明書等		被保険者の氏名										生年月日				
		被保険者の個人番号														
① 資格確認書 ② 資格確認書（特別療養） ③ 限度額適用認定証 ④ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ⑤ 特定疾病療養受療証 ⑥ 資格情報のお知らせ												年 月 日				
															続 柄	
再交付・再通知する証明書等		被保険者の氏名										生年月日				
		被保険者の個人番号														
① 資格確認書 ② 資格確認書（特別療養） ③ 限度額適用認定証 ④ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ⑤ 特定疾病療養受療証 ⑥ 資格情報のお知らせ												年 月 日				
															続 柄	
上記のとおり再交付申請します。																
年 月 日																
申請人（世帯主） 氏 名 _____																
(宛先)村 上 市 長																
届出人 (窓口に来られた方)		☐ 世帯主 ☐ 対象者（下記の欄は記入不要） ☐ 同一世帯員（下記の氏名、電話番号を記入） ☐ 代理人（下記の欄をすべて記入）														
氏 名		電話番号														
住 所											世帯主との続柄					

※ 不正に保険証を使用した人は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

※ 以下の欄は記入しないでください。					交付年月日		年 月 日		
確認の方法					交付状況		受付	入力	審査
身分証	免許証	資格確認書	個人番号 カ ー ド	その他	交 付 ・ 郵 送				