国民健康保険資格確認書等再交付申請書

令和　　年　　月　　日

阿　波　市　長　　様

下記のとおり、資格確認書等の再交付を申請します。

なお、資格確認書等の紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約いたします。

紛失した資格確認書等を発見したときは、直ちに市に返還します。

住　　所　阿波市

世帯主　氏　　名

個人番号

電話番号

（

申請人　住　　所

氏　　名

続柄（　　）電話番号

）

記号　番号		あ　わ		
被保険者	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日	性別	男　・　女
	個人番号			
資格確認書等の種別		資格確認書　・　資格情報のお知らせ　・　高齢受給者証 限度額適用認定証　・　特定疾病療養受療証 その他（　　）		
再交付申請の理由		紛失　・破損　・　盗難・　汚損 その他、理由があれば記入してください。		

※処理欄	個人番号確認	身元確認（顔写真のない場合は2点）		代理権の確認	受付印
	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ その他 （　　）	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 資格確認書 ☐ 医療保険証	☐ 年金手帳・証書 ☐ 介護保険証 ☐ （　　）手帳 ☐ その他 （　　） （　　）	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他 （　　）	
	届出者氏名		続柄		