

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書

須賀川市長 次のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主	氏名		電話番号											
			個人番号											
	住所													
届出者	☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 ☐ その他 ()													
	氏名													

別世帯の方が申請する場合は、委任状が必要です。

以下の項目について、交付を希望する人とその理由について記入してください。

被保険者記号番号										島 4 -									
1	氏名											理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 ()						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日														
	男・女	個人番号																	
2	氏名											理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 ()						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日														
	男・女	個人番号																	
3	氏名											理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 ()						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日														
	男・女	個人番号																	
4	氏名											理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他 ()						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日														
	男・女	個人番号																	

交 付	年 月 日		
処 理 確 認			
事項	申請者確認	再 交 付	無効告示
取扱者印			

無効告示	第 号	年 月 日
------	-----	-------