国民健康保険　資格確認書等再交付申請書

　年　　月　　日

朝日長　宛て

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | | | | |  | | 窓口に来た方 | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |  | | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | | 氏名 | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 世帯主と  の続柄 | |  | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |

下記のとおり、国民健康保険資格確認書等の再交付を申請します。なお、国民健康保険資格確認書等を紛失したために生じた事故については、村に負担をかけないことを誓約します。また、紛失した国民健康保険資格確認書等を発見したときは直ちに返納します

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記号番号 | | **・** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 再交付を申請する被保険者 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付を受ける証 | １　資格確認書  ２　資格情報のお知らせ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付の申請理由 | １　紛失  ２　汚損・破損  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*