

資格確認書  
 国民健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書  
 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号・番号		一般 退職	・		
	氏 名		性別	生年月日	再交付する証
	個 人 番 号				
被 保 険 者	1		男 女	昭 平 令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> その他( )
	2		男 女	昭 平 令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> その他( )
	3		男 女	昭 平 令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> その他( )
	4		男 女	昭 平 令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> その他( )
	5		男 女	昭 平 令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> その他( )
再交付申請の理由 (該当する番号を○で囲む)			1. なくした (令和 年 月 日頃) 2. やぶれた、汚れた【汚損した旧証等を添付】 3. その他 ( )		

大川市長 殿

上記のとおり申請します。  
 なお、(紛失物を発見した場合は、すみやかに返還するとともに)  
 今後の保管については、充分注意することを誓約します。

令和 年 月 日

住所 大川市大字

世帯主 氏名

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話

受領者 氏名 \_\_\_\_\_ (同一世帯員)

旧証等	再交付の表示	受領者本人確認	受付者
<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未収	<input type="checkbox"/> (お知らせ以外)	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	