

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

記号・番号			
被保険者氏名	生年月日	証の種類 (必要なものに✓を記入)	再交付申請事由
	・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号		
	・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号		
	・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号		
	・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号		
	・ ・	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号		

上記のとおり申請します。

年 月 日

田布施町長 宛

住所		電話番号	
世帯主	個人番号		

* 世帯主以外の方が申請する場合、次の事項を記入してください。

世帯主と同一世帯 世帯主と同一世帯以外 (委任状有り)

住所		電話番号	
氏名		世帯主との関係	

本人確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	番号確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> その他()
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(月 日)	確認	警察への届出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無