

国民健康保険資格確認書等再交付（再通知）申請書

年 月 日

東根市長 あて

申請人(世帯主) 住所

氏名 _____

電話番号 ()

上記以外の方 住所

氏名

電話番号 ()

世帯主との関係（ ）

被保険者記号・番号															
資格確認書等の種別						☐ 資格確認書 ☐ 資格確認書兼高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 資格情報通知書（資格情報のお知らせ） ☐ その他（身・子・親・特定疾病医療証）									
						再交付の理由						☐ 失った ☐ 汚した ☐ 破った ☐ その他（ ）			
被保険者の氏名等	氏名			性別	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										
※記入しないでください	本人確認		氏名				☐ 個人番号カード ☐ 官公署発行の身分を証明するもの（写真付） ☐ その他 []								
	確認	☐ マイナ保険証 ☐ 資格確認書（ ）					受付	処理	確認						
	交付	☐ 窓口 ☐ 郵送[発送日 /]													
	備考														