

国民健康保険 資格確認書再交付・資格情報のお知らせ再通知 申請書

柏崎市長 様		年 月 日	受付印
紛失により生ずる事故及び診療費については、当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけません。紛失した資格確認書を発見したときは返還します。			
申請者	氏名		再交付を希望する理由 ☐ 盗難 ☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他
	電話	— —	
世帯主	世帯主との関係性 ☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の家族 ☐ その他→委任状が必要 ※ 成年後見人等の場合、その他を選択してください。この場合、委任状は不要ですが関係性が確認できる書類が必要です。		
	住所		
	氏名		

申請にあたっては、申請人が世帯主本人または、同一世帯の家族であることが確認できるものをご持参ください。
なお、本人確認ができない場合、窓口交付等ではなく郵送交付等とさせていただきます。

再交付等を希望する方	被 保 険 者 氏 名		交 付 等 書 類	
			☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ 有効期限： 年 月 日 負担割合： 割	
	(生年月日 昭・平・令 年 月 日)			
	個人番号			
			☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ 有効期限： 年 月 日 負担割合： 割	
	(生年月日 昭・平・令 年 月 日)			
	個人番号			
			☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ 有効期限： 年 月 日 負担割合： 割	
(生年月日 昭・平・令 年 月 日)				
個人番号				

(職員記載欄)

確認資料	☐ 個人番号カード	被 保 険 者 番 号	
	☐ 運転免許証	特 別 療 養	☐ 該当 / ☐ 非該当
	☐ パスポート	交 付 等 年 月 日	令和 年 月 日
	()	交 付 等 方 法	☐ 窓口 / ☐ 郵送
		受 付 者	