

国民健康保険 資格確認書再交付 申請書

資格情報のお知らせ再通知

太枠内の記入をお願いします。

令和 年 月 日 柏崎市長 様 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。		被保険者番号
		特別療養費（１０割負担）
		非該当 ・ 該当
		受付印
世帯主	住 所 柏崎市 氏 名 電 話 — —	

	被 保 険 者 氏 名	続柄	再交付等希望理由	交付等書類			
再 交 付 等 を 希 望 す る 方	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)		☐ 盗難 ☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ その他	☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ			
	個人番号			☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ			
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)			{	☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ		
	個人番号				☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ		
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)				}	☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ	
	個人番号					☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ	
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)					}	☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ
	個人番号						☐ 資格確認書 (月末日) ☐ お知らせ

申請人	上記世帯主との関係 ☐ 本人 ☐ 同一世帯の家族 ☐ その他 — — — ▶ 委任状が必要	氏名（世帯主以外の場合記入）
-----	---	----------------

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。

※ 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。

（職員記載欄）

確 認 資 料	個人番号カード	交付等年月日	令和 年 月 日
	免許証	有効期限	令和 年 月 日
	パスポート	交付等方法	窓口 郵送
	()	負担割合	割 受 付 者