

※太枠内を記入ください。

那珂川市国民健康保険資格確認書等 再交付申請書

年 月 日

(あて先) 那 珂 川 市 長

次のとおり、申請します。

申請者(世帯主) 住所 那珂川市
氏名

届出人(窓口に来た方) 住所 那珂川市

〔 ※世帯が別の方は
委任状が必要です。 〕 氏名 (世帯主との続柄)

連絡先 () ー

記号	な	番号																	
再 交 付 す べ き 被 保 険 者	氏 名 個人番号		生年月日		再交付する証明書														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養費) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(特別療養費)														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養費) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(特別療養費)														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養費) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(特別療養費)														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()														
			昭・平・令		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養費) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(特別療養費)														
		昭・平・令		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()															
再交付事由			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他() 令和 年 月 日頃																

(申請にあたっての注意事項)

※屋外での紛失の可能性がある場合は、警察への届出をお願いします。

※紛失等により悪用された場合、本市では一切責任を負いかねます。

事 務 処 理 欄			
再 交 付 日	年 月 日	取扱者	
申 請 者 確 認	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()		※写しを裏面
再 交 付 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(発送日 /) <input type="checkbox"/> その他()		
備 考			