

国民健康保険資格確認書・資格情報通知書 再交付(再通知)申請書

課長・所長	補佐	主査

(あて先) 区長

届出日	令和 年 月 日	
世帯主	住所	
	氏名	
届出者	住所 <input type="checkbox"/> 同上	電話番号 - -
	氏名	メールアドレス @
フリ	ガナ	生年月日
氏	名	世帯主との続柄
1		昭和・平成・令和
(個人番号)		資格確認書・資格情報通知書
2		昭和・平成・令和
(個人番号)		資格確認書・資格情報通知書
3		昭和・平成・令和
(個人番号)		資格確認書・資格情報通知書
4		昭和・平成・令和
(個人番号)		資格確認書・資格情報通知書

※下記事項を約束します。
 1 紛失した資格確認書を発見したときは、速やかに返納いたします。
 2 偽り、その他、不正の行為により保険者に損害を与えたときは、その責を負います。

再交付の理由					
紛失・破損・汚損・未着・氏名変更(→)					
国民健康保険 記号・番号	受付	作成	入力	受付番号	
資格確認書処理			資格情報通知書処理		
窓口・郵送・被保証			窓口・郵送・被保証		
本人確認書類等					
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()					
備考					
<input type="checkbox"/> 職権による交付 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの返納のため <input type="checkbox"/> 加入時の口頭確認に誤りがあったため					