

再

国民健康保険資格確認書/資格情報のお知らせ【再交付】申請書

届出日

令和 00年 0月 00日

保険番号

--	--	--	--	--	--

氏名	生年月日	個人番号
柏 太郎	昭 [○] ・平・令 00年 0月 00日	※記載不要
	昭・平・令 年 月 日	

再交付申請の理由

紛失・破損・盗難・その他()

国民健康保険法施行規則第7条第1項の規定により、資格確認書または資格情報のお知らせの再発行を申請いたします。

柏市長あて

申請者

住所	柏市柏5-10-1
氏名	柏太郎 世帯主との続柄(本人)
電話番号	000(1111)2222
個人番号	

事務処理欄

本人確認 ※1 番号を控える ※2 コピーを取る		※1 運転免許証 (No.) ※2 マイナンバーカード・パスポート・在留カード・その他 <input type="checkbox"/> コピー有り 委任状 有り (代理人による申請の場合のみ)	
短期	該当 ※収納相談 (済・未済)	交付	備考 受付印 受付者 ()
	非該当	未交付 (郵送)	