

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	年	月	日
----	---	---	---

保険番号

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

氏名	生年月日	個人番号
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	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	
氏名	世帯主との続柄()
電話番号	()
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 ☐ 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	交付	備考	受付印
	非該当		未交付 (郵送)		
					受付者 ()