

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 伊勢市長

次のとおり、国民健康保険資格確認書等の再交付を申請します。

申請者(世帯主)	住 所 _____
	氏 名 _____
	個人番号 _____
来庁者	住 所 _____
	氏 名 _____
	個人番号 _____
	世帯主との続柄 (本人 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・)
	電 話 ()

※ご本人であることを確認できるもの(免許証やマイナンバーカードなど)の提示をお願いします。

被保険者番号				
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証			
	氏名	生年月日	再交付事由	個人番号
被 保 険 者 氏 名 再 交 付 す る			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()	

個人番号確認	本人確認
個人番号カード	運転免許証・個人番号カード
通知カード	パスポート・障害者手帳
その他()	資格確認書(保険証)・介護保険証
職権記載	その他()

受付	照合