

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

次のとおり、証書の再交付を申請します。
 また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。
 なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。今後、紛失等をした証書で問題が起きた場合は、当方にて一切の責任を負うことを誓約します。

被保険者 記号・番号	ぶんど国			
申請者 (世帯主)	住所	豊後大野市	電話	— —
	氏名		個人 番号	
代理人	住所	豊後大野市	世帯主との 続柄	
	氏名		電話	— —

交付証書	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
再交付の事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()

再交付が必要な被保険者について、以下にご記入ください。

員番	フリガナ 被保険者名	生年月日	続柄	個人番号
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		

受付印