国民健康保険資格確認書等再交付（再通知）申請書

被保険者記号・番号	□資格確認書　□資格情報のお知らせ　□特定疾病受療証 □限度額適用−標準負担額限度額認定証
茅　・	

	被保険者氏名	生　年　月　日	個人番号
再交付対象者		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	

理由	
	□ 保管場所不明　□ 落とした　□ 盗難　□ 廃棄　□ 未着
	□ 破損・汚損　□その他（　　）

上記のとおり申請します。

紛失等により生ずる事故及び診療費については当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけません。

また、紛失等した上記を発見したときは、すみやかに返還します。

年　　月　　日

（宛先）茅　野　市　長

申請者（世帯主）　住　　所 ……

氏　　名 ……

個人番号 | | | | | | | | | | | | |

電　　話 ……－……－……

窓口に来た人　住　　所 □ ……

↑世帯主と同住所の場合はチェックのみ

※世帯主の場合は記入不要

氏　　名 ……

※別世帯の場合は委任状が必要です。

世帯主との続柄 ……

電　　話 ……－……－……

処理欄	本　人　確　認	証発行	受付
	個人番号カード・免許証 旅券・在留カード・資格確認書・年金手帳 障害手帳・通帳・診察券・その他（　　）	□ 窓口 □ 郵送　／	