

国民健康保険 資格確認書再交付申請書

岸和田市長様

申請日 年 月 日

以下のとおり再交付を申請します。

記号番号

岸国

|                   |       |                                 |                                                                    |              |       |  |           |  |  |  |  |
|-------------------|-------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|-------|--|-----------|--|--|--|--|
| 申請者<br>(世帯主)      | 氏名    |                                 |                                                                    | 個人番号(マイナンバー) |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 生年月日  | 年 月 日                           |                                                                    |              |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 住所    | 岸和田市                            |                                                                    |              |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 電話番号  | ( ) ー                           |                                                                    |              |       |  |           |  |  |  |  |
| 対象者<br>(再交付が必要な方) | 1 氏名  | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ |                                                                    | 生年月日         | 年 月 日 |  |           |  |  |  |  |
|                   | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難                    |                                                                    | 個人番号(マイナンバー) |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 2 氏名  |                                 |                                                                    | 生年月日         | 年 月 日 |  |           |  |  |  |  |
|                   | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難                    |                                                                    | 個人番号(マイナンバー) |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 3 氏名  |                                 |                                                                    | 生年月日         | 年 月 日 |  |           |  |  |  |  |
|                   | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難                    |                                                                    | 個人番号(マイナンバー) |       |  |           |  |  |  |  |
|                   | 届出人   | 氏名                              | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者( )と同じ |              |       |  | 世帯主からみた続柄 |  |  |  |  |
|                   |       | 住所                              |                                                                    |              |       |  |           |  |  |  |  |
|                   |       | 電話番号                            | ( ) ー                                                              |              |       |  |           |  |  |  |  |

※破損の場合、資格確認書が現存する時はご返還ください。

|     |    |     |  |      |                 |  |
|-----|----|-----|--|------|-----------------|--|
| 送付先 | 宛名 |     |  | 区分   | 病院・施設<br>その他( ) |  |
|     | 住所 | 〒 ー |  | 電話番号 | ( )<br>ー        |  |

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

\*\*\*\*\* これより下は記入しないでください \*\*\*\*\*

|     |      |        |      |                 |                |
|-----|------|--------|------|-----------------|----------------|
| 処理欄 | 本庁受付 | センター受付 | 受 付  | 処理区分            |                |
|     |      |        |      | 郵送 (発送日: 年 月 日) |                |
|     |      |        | 本庁処理 | 窓口 確認書類: 【      | 】の免許証<br>MNカード |
|     |      |        |      | その他: 【          | 】              |