

国民健康保険

資格確認書
資格確認書(特別療養)

再交付申請書

記号番号	力			
加入者(再交付者)氏名		続柄	性別	生年月日
①			男・女	昭・平・令 年月日
②			男・女	昭・平・令 年月日
③			男・女	昭・平・令 年月日
④			男・女	昭・平・令 年月日
申請理由	1 なくした 2 やぶれた 3 よごれた 4 その他 ()			

宛先 春日市長

上記のとおり再交付の申請をします。

紛失により春日市に損害を与えた場合は、私が責任を負います。

年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 () _____

本人確認	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認(郵送対応)	確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	給付確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	資格証明書 (/ ~ /) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	交付 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <input type="checkbox"/> 資格証明書(郵送対応)	納税 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	受付 ()
------	--	--	--	--	--	---	---------------