

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	確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	給付確認	<input type="checkbox"/> あり 資格証明書 (/ ~ /) <input type="checkbox"/> なし	交付	<input type="checkbox"/> 資格確認書	納税	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	受付
	<input type="checkbox"/> 未確認 (郵送対応)		<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 ()		<input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養)		<input type="checkbox"/> 資格証明書(郵送対応)			