

国民健康保険

- ☐ 資格確認書  
☐ 資格確認書(特別療養)  
☐ 資格情報のお知らせ

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 | マイナ保険証 |
| ①                                                                                                                                                                                                                        |   |    | 男・女 | 年 月 日   | あり・なし  |
| ②                                                                                                                                                                                                                        |   |    | 男・女 | 年 月 日   | あり・なし  |
| ③                                                                                                                                                                                                                        |   |    | 男・女 | 年 月 日   | あり・なし  |
| ④                                                                                                                                                                                                                        |   |    | 男・女 | 年 月 日   | あり・なし  |
| 申請理由 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ<br>1    なくした                           2    汚損                           3    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<br><input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 住基カード<br><input type="checkbox"/> 障がい者手帳<br><input type="checkbox"/> その他 (            ) | 給付確認 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 受給者証 (    /    ~    /    )<br><input type="checkbox"/> なし | 交付 | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養)<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ<br><input type="checkbox"/> 受給者証(郵送対応) | 納税 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり<br>(            ) | 受付 |  |
|      | <input type="checkbox"/> 未確認(郵送対応) |      |                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                   |    |                                                                                                                                                     |    |                                                                              |    |  |