

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	国保 太郎		主	男・女	昭・平・令 10年 1月 1日
②	国保 花子		妻	男・女	昭・平・令 11年 1月 1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。

令和 7 年 〇 月 △ 日

世帯主 住所 春日市原町3-1-5

氏名 国保 太郎

電話番号 092 (584) 1111

代理人 住所 同上

氏名 国保 花子 続柄 妻

電話番号 092 (584) 1111

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