|  |
| --- |
| **国民健康保険資格確認書等再交付申請書** |

|  |  |
| --- | --- |
| **被保険者記号・番号** |  |
| **被保険者氏名****（個人番号）** | **続　柄** | **性　別** | **生　年　月　日** |
| **１** |  |  | **男・女** | **昭和・平成・令和****年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **２** |  |  | **男・女** | **昭和・平成・令和****年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **３** |  |  | **男・女** | **昭和・平成・令和****年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **４** |  |  | **男・女** | **昭和・平成・令和****年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **５** |  |  | **男・女** | **昭和・平成・令和****年 月 日** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **再交付****対象** | **□ 資格確認書****□ 資格確認書（特別療養）****□ 資格情報のお知らせ****□ 資格情報のお知らせ（特別療養）** | **□ 限度額適用認定証****□ 限度額適用・標準負担額減額認定証****□ その他（　　　　　　　　　　　　）** |
| **再交付****理由** | **□ 破損又は汚損　　□ 紛失　　□ その他（　　 　　　　　　　　　　　　）** |
| **上記のとおり申請します。****なお、紛失した資格確認書等が発見された場合は、すみやかに返還するとともに、紛失によって生じた責任は私が持つことを誓約します。****令和　　年　　月　　日****（世帯主）住 所　大船渡市****氏 名** **電 話（自宅）　　　　 －　　　　　　－** **（携帯）　　　　 －　　　　　　－** **大船渡市長　様 　　　　　　 個人番号** |

**【大船渡市使用欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理経過 | 確 認 書 類 | 交　付 | 受　付 |
| １．個人番号カード ２．運転免許証 ３．その他（ ・ ） | １．窓口２．郵送（令和　　年　　月　　日） |  |