

太枠の中を記入してください

国民健康保険 資格確認書等再交付申請書

伊賀市長 様

次のとおり、国民健康保険資格確認書等の再交付を申請します。

世帯主	氏名	伊賀 にん太
	住所	伊賀市四十九町 3 1 8 4
電話番号		090-0000-0000

※平日の日中に連絡がとれる

世帯主について記入
世帯主の本人確認書類（顔写真あり）の写しを添付

国保の記号番号を記入
わからない場合は記入不要

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

記号番号		1234567	
1	氏 名	伊賀 にん太	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	生年月日	H 2 年 2 月 22 日	☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担減額認定証 ☐ 減額認定証
2	氏 名	伊賀 しのぶ	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	生年月日	H 12 年 2 月 22 日	☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担減額認定証 ☐ 減額認定証
3	氏 名		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	生年月日	年 月 日	☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担減額認定証 ☐ 減額認定証
4	氏 名		再交付を希望する方の氏名・生年月日・交付を希望するものに✓をつける
	生年月日	年 月 日	

・世帯主の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カードなど）の写しを添付してください。

・記入漏れなどがある場合は、連絡させていただきます。連絡がつかない場合は申請書を返戻させていただきます。

受付印

市記入欄