

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	
	住所	
電話番号		※平日の日中に連絡がとれる番号を記入してください

※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			
1	氏 名		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 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
	生年月日	年 月 日	
2	氏 名		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 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
	生年月日	年 月 日	
3	氏 名		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 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
	生年月日	年 月 日	
4	氏 名		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 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
	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
受付	担当	