国民健康保険 資格確認書等　再交付申請書

(宛先)日出町長　 次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日 | 令和　 　年　　 月　 　日 |  |
| 申請者 | 氏名 |  |  | 電話 | - - |
| 住所 |  |
| 世帯主からみた関係 □世帯主本人 □世帯員( ) □その他( ) |
| 世帯主 | 氏名 |  |  |
| (個人番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　　　　　　 |  |
| 住 所 | □ 同上 |
| １ | (フリガナ) |  | 個人番号 |
| 氏 　名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| ２ | (フリガナ) |  | 個人番号 |
| 氏 　名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 種　　別 | □　資格確認書□　資格情報通知書（資格情報のお知らせ） |
| 再交付再通知の理由 |  |

※ここから下の太枠内は、再交付又は再通知を希望する人について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交　付 | □窓口交付□郵送　　　/ | 本人確認 | □マイナンバーカード　□運転免許証　　　　　　□パスポート□在留カード　□障害者・療育手帳□その他（　　　　　　　　　　）  | 受　付 |  |