国民健康保険 資格確認書等 再交付申請書

（あて先）高砂市長　　**令和　　年　　月　　日**

被保険者番号							

再交付が必要な方の氏名			
		生年月日	S・H・R　年　月　日
		個人番号	
		生年月日	S・H・R　年　月　日
		個人番号	
		生年月日	S・H・R　年　月　日
		個人番号	
		生年月日	S・H・R　年　月　日
		個人番号	
		生年月日	S・H・R　年　月　日
		個人番号	

必要なものに✔をつけてください

☐ 資格確認書・資格情報のお知らせ　☐ 限度額適用（・標準負担額減額）認定証

☐ 特定疾病療養受療証　☐（　　）

理由	☐ 紛　失　☐ 破　損　☐ 汚　損　☐ 未　着 ☐ その他（　　）

届出人（世帯主）

住　所　高砂市

氏　名

個人番号

電　話　（　　－　　－　　）

申請者
（世帯主以外の場合）

住　所　高砂市

氏　名

続　柄　（世帯主からみて　　）

電　話　（　　－　　－　　）

…… 以下 市記入欄 ……

確　認　方　法	交　付	
☐ ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　☐ 免許証　☐ パスポート ☐（　　）	郵　送 （　/　）	手　渡 （　/　）

受付印