

# 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	生 年 月 日	個 人 番 号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
再交付する 証明書	資格確認書 資格情報のお知らせ 特定疾病療養受領証	限度額適用・標準負担額減額認定証 限度額適用認定証 その他( )	
再交付申請 の理由	紛失 ・ 破損 ・ その他 ( )		
<p>(宛先) 珠洲市長</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>世帯主 住所 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏 名 _____</p> <p>個人番号 _____ 電話番号 _____</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(世帯主と申請者が同一の場合は記入不要) 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____</p> <p>電話番号 _____</p>			

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ( ) ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証等 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	