

国民健康保険 **資格確認書再交付** 申請書
資格情報のお知らせ再通知

墨田区長 宛

次のとおり、資格確認書の再交付・資格情報のお知らせの再通知を申請します。

申請日		年	月	日		
申請者	氏名					
	住所					
	電話番号					
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人	<input type="checkbox"/> 世帯員 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()		
世帯主	氏名					

代理人が申請する場合は、以下の欄に記入の上、原則として委任状等を添付してください。

代理人	氏名					
	住所					
	電話番号					

資格確認書の再交付・資格情報のお知らせの再通知を求める被保険者について、以下の欄に記入してください。

1	フリガナ		(申請理由)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 ()
	生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日
	被保険者記号・番号又は個人番号		
2	フリガナ		(申請理由)
	氏名		1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 ()
	生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日
	被保険者記号・番号又は個人番号		
3	フリガナ		(申請理由)
	氏名		1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 ()
	生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日
	被保険者記号・番号又は個人番号		
4	フリガナ		(申請理由)
	氏名		1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 ()
	生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日
	被保険者記号・番号又は個人番号		

※ 代理人による申請は、再交付等を求める被保険者の個人番号を本申請書に記載しない場合に限ります。