

国民健康保険資格確認書等再交付（再通知）申請書

記号番号						受付年月日		
被 保 険  者	氏名		世帯主との続柄	生年月日		個人番号		
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証							
理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
<p>上記のとおり申請します。</p> <div style="text-align: center;">年　月　日</div> <div style="text-align: center;">世帯主住所 高浜市　　　町　　　丁目　　　番地</div> <div style="text-align: center;">個人番号</div> <div style="text-align: center;">氏　名</div> <p>(あて先) 高浜市長</p>								

確認欄	有効期限	年 月 日	※ 申請者が世帯主でない場合
	窓口交付・郵送（ 年 月 日） 運 転 免 許 証 パ ス ポ ー ト マイナンバーカード そ の 他（ ）		代理人 住 所 個人番号 氏 名 電話番号（ ）－