

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

受付印

(宛先) 河内長野市長

国民健康保険資格確認書等の再交付を次により申請します。

被保険者番号	長 国	申請年月日	令和 年 月 日
申請希望証	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額/標準負担額証 <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証		
申請者	フリガナ		被保険者との関係 本人・世帯員・その他 ()
	氏名		
	住所	<input type="checkbox"/> 河内長野市	
申請の事由	紛失・盗難・破損・その他 ()		

世帯主	フリガナ		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

市確認欄

再交付希望被保険者	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナ保険証の有無
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナ保険証の有無
	氏名				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナ保険証の有無
	氏名				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	マイナ保険証の有無	
氏名				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

市記入欄

交付の方法 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送（書留・普通） 発送日： / AM/PM	資格確認書 _____ 件 資格情報のお知らせ _____ 件 高齢受給者証 _____ 件 上記受領しました。	受領署名
--	---	------

<本人確認用> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 現証（国・後・介） 有効期限・番号等 ()	一般 ・ 特別療養 収納担当 引継 (有・無・済)	資格確認書
高齢受給者証 ・発効期日 (. .)	限度額認定証 ・発効期日 (. .)	高齢証
・判定 ()	特定疾病受療証 ・発効期日 (. .)	限/減
(1万円 ・ 2万円)		限度証

受付： 委検： 職検： 渡し：