

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		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額認定証 ☐ 限度額/標準負担額証 ☐ 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				電話番号
	住所	☐ 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	☐ 申請者と同じ
	氏名	☐ 申請者と同じ		
	住所	☐ 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	☐ 申請者と同じ			☐ あり ☐ 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				☐ あり ☐ 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				☐ あり ☐ 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		☐ あり ☐ なし			

市記入欄

交付の方法 ☐ 窓口交付 ☐ 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 上記受領しました。	受領署名
--	-------------------------------------	------

＜本人確認用＞ ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 在留カード ☐ 障がい者手帳 ☐ 現証（国・後・介） 有効期限・番号等 ()			一般 ・ 特別療養	資格確認書
			収納担当 引継 (有・無・済)	お知らせ
前期高齢者負担割合 ・発効期日 (. .)	限度額認定証 ・発効期日 (. .)	特定疾病受療証 ・発効期日 (. .)	限/減	
・判定 ()	・判定 ()	(1万円 ・ 2万円)	限度証	

受付： 委検： 職検： 渡し：