

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

（あて先）笠松町長

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

紛失により生ずる事故及び診療費については当方で一切の責任を負い、貴町に負担をかけません。  
紛失した資格確認書等を発見したときは、直ちに返納します。

被保険者記号・番号		〇〇〇〇〇〇〇											
申請者 （世帯主）	住所	笠松町 司町1番地								氏名		笠松 太郎	
	（電話）	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇								個人番号			
代理人	住所									氏名			
	（電話）									世帯主との続柄			
	個人番号	〇		〇		〇		〇		〇		〇	

再交付の申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失		<input type="checkbox"/> 汚損		<input type="checkbox"/> その他				
再交付の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 限度額認定・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		
		<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証								
氏名		生年月日		個人番号						
被 保 険 者	笠松 太郎		S・H・R 〇〇・〇〇・〇〇		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
			S・H・R . .							
			S・H・R . .							
			S・H・R . .							
			S・H・R . .							
本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）								受付者		

（注） 資格確認書等を破り又は汚した場合の申請には、その資格確認書等を添付してください。