

国民健康保険資格確認書再交付等申請書

国民健康保険法施行規則第7条及び第7条の3の2の規定により、次のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)

住所:

尼崎市長 あて

氏名:

TEL:

申請代理人:

続柄:()

TEL:

保険者番号

280032

被保険者記号・番号

再交付等を必要とする被保険者氏名等及びその内容

	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	個人番号(マイナンバー)
1		1 世帯主 2 世帯員	1 男 2 女	年 月 日	
	再交付等する内容	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格情報のお知らせ			
2		1 世帯主 2 世帯員	1 男 2 女	年 月 日	
	再交付等する内容	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格情報のお知らせ			
3		1 世帯主 2 世帯員	1 男 2 女	年 月 日	
	再交付等する内容	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格情報のお知らせ			
4		1 世帯主 2 世帯員	1 男 2 女	年 月 日	
	再交付等する内容	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格情報のお知らせ			
5		1 世帯主 2 世帯員	1 男 2 女	年 月 日	
	再交付等する内容	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格情報のお知らせ			

申請理由

- 紛失 左記の理由について詳しく書いてください。
- 破損
- その他

誓 約 書

紛失した国民健康保険資格確認書等により万一事故が生じた場合は、わたくしの責任において解決し、一切御迷惑をかけないことを誓います。
 なお、発見したときは、紛失した国民健康保険資格確認書等を直ちに破棄します。

年 月 日

尼崎市長 あて

世帯主

住所:

氏名:

交付確認

- 個人番号カード
- 運転免許証
- 旅券
- 在留カード・特別永住者証明書
- その他 ()

年 月 日
再交付します。

受 付 場 所

本庁・阪尼・J尼・塚口

課長	係長	係	受付	入力
				済・未

注意:太枠の中のみ記入してください。