

国民健康保険

資格確認書
資格情報のお知らせ
限度額適用認定各証

再交付申請書

年 月 日

新宮町長 殿

申請者 住所 新宮町
(世帯主) _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被保険者番号		再交付を希望する対象者	氏 名	性別	生 年 月 日
次の理由により再交付を申請します。 再交付後は紛失した各証を発見しても使用しないことを約束します。 申請理由 紛失 ・ 破損※ ・ 盗難 その他 () ※破損の場合、破損した証の提示が必要です				男・女	S・H・R 年 月 日
				男・女	S・H・R 年 月 日
				男・女	S・H・R 年 月 日
				男・女	S・H・R 年 月 日
				男・女	S・H・R 年 月 日
身元確認	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート 年金手帳・在留カード・預金通帳・住民票 その他 ()			男・女	S・H・R 年 月 日
				男・女	S・H・R 年 月 日
再交付担当者	<input type="checkbox"/> 証回収区分の入力 紛失 ・ 破損 ・ 回収不能		男・女	S・H・R 年 月 日	