別記様式第２号（第９条関係）

国民健康保険 （資格確認書（兼高齢受給者証）／資格情報のお知らせ） 再交付申請書

年　月　日

関 市 長 様

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、貴市に負担をかけません。紛失した資格確認書（兼高齢受給者証）・資格情報のお知らせを発見したときは、直ちに返納します。

申請者　住所
（世帯主）氏名
個人番号
電話番号　　―　　―

届出人　住所
※　氏名

受付
保険年金課扱
西部支所扱
洞戸　板取
武芸川　武儀
上之保　事務所扱

受付印

※世帯主が申請に来た場合、記入不要

再交付申請理由

□ **紛失**　□ **汚損**　□ **その他（　　）**

	氏　名	世帯主との続柄	被保険者記号・番号 個人番号 生　年　月　日
被保険者			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日
			年　月　日

備考欄

本人確認	交付者	受付者
□免許証 □個人番号カード □その他（　　）		