

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

世帯主	住所	小松市〇〇町〇丁目〇〇〇番地		被保険者 記号・番号		
	氏名	小松 太郎		小	〇〇〇〇〇〇〇	
再交付対象者	フリガナ	コマツ タロウ	性別	再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
	氏名	小松 太郎	男・女		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	昭和××年××月××日			<input type="checkbox"/> その他 ()	
	フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	生年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> その他 ()	
	フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> その他 ()			
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		
生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> その他 ()			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()					
理由発生年月日	年 月 日					
<p>(あて先) 小松市長</p> <p>上記の理由により、再交付の申請をします。</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">住 所 <u>小松市〇〇町〇丁目〇〇番地</u></p> <p style="text-align: right;">氏 名 <u>小松 太郎</u> (印)</p> <p style="text-align: right;">世帯主との続柄 (<u>本人</u>)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (<u>0761</u>) 〇〇-〇〇〇〇</p>						

※事務処理欄

受付	発行	郵送	申請者確認	<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 ()
		(/)		