

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

世帯主	住所				被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	
	氏名				小	
再 交 付 対 象 者	フリガナ		性別	再 交 付 す る 証 明 書	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ	
	氏名		男・女		☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
	生年月日	年 月 日	男・女		☐ その他（ ）	
	フリガナ		性別		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ	
	氏名		男・女		☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
	生年月日	年 月 日	男・女		☐ その他（ ）	
	フリガナ		性別		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ	
	氏名		男・女		☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
	生年月日	年 月 日	男・女		☐ その他（ ）	
	フリガナ		性別		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ	
	氏名		男・女		☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証	
	生年月日	年 月 日	男・女		☐ その他（ ）	
申請理由		☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他（ ）				
理由発生年月日		年 月 日				
（あて先） 小松市長 上記の理由により、再交付の申請をします。 年 月 日 【申請者】 住 所 氏 名 ㊞ （署名または記名押印） 世帯主との続柄（ ） 電話番号（ ） ー						

※事務処理欄

受付	発行	郵送	申 請 者 確 認	☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ その他（ ）
		（ / ）		