

☐代理権確認済（ ）

						被保険者番号									
対象者	氏名		生年月日		性別	個人番号									
	1		昭・平・令	・	・	男・女									
	2		昭・平・令	・	・	男・女									
	3		昭・平・令	・	・	男・女									
	4		昭・平・令	・	・	男・女									
	5		昭・平・令	・	・	男・女									
	6		昭・平・令	・	・	男・女									
再交付するもの	※必要なものに✓をつけてください ☐ 国民健康保険資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 国民健康保険特定疾病療養受療証 ☐ 国民健康保険限度額適用認定証もしくは国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証														
理由	☐ 汚損 ☐ 破損 ☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ その他()														
上記の理由により、資格確認書等を再交付していただきたく申請します。 なお、紛失した資格確認書等を発見した際は、直ちに発見した資格確認書等を返却するとともに、 紛失についての一切の責任は私が負いますことを誓約いたします。															
令和 年 月 日 香美町長 様 申請者(世帯主)：住所 香美町 区 番地 氏名 個人番号 電話番号 代理人(世帯主以外)：住所 氏名 (世帯主との続柄： 電話番号															