

☐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:		住所	香美町		区	番地										
		氏名														
		(世帯主から見た続柄:)														
		電話番号	— —													
世帯主:		住所	☐ 同上													
		氏名	☐ 同上													
		個人番号														