

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書
資格情報のお知らせ

(あて先) 松江市長

国民健康保険法第9条および同法施行規則第7条第1項、第7条の3の2の第1項の規定に基づき申請します。

令和	年	月	日
----	---	---	---

世帯主	住所		電話	
	氏名			
申請者	* 申請者が世帯主以外の場合は、ご記入ください。 ☐ 世帯員（世帯主との続柄： ） ☐ その他（ ） * 委任状必要			
	住所	☐ 世帯主と同じ		
	氏名		電話	

記号・番号		0 1 -		
再交付が必要な人		氏名	生年月日	出力帳票
	1		昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	2		昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	3		昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	4		昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
	5		昭和・平成・令和 年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ
再交付申請の理由 (○で囲んでください)		紛失 ・ 破損 ・ その他（理由 ）		

処理	未納の有無	有 ・ 無	本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード ☐ 世帯員の資格確認書 ☐ 各種医療受給者証 ☐ その他[] ※写真なしは2点確認	審査	入力
	告示の希望	有 ・ 無				
	告示日	令和 年 月 日 告示第 号				
	メモ					