国民健康保険 資格確認書 資格情報のお知らせ 再交付申請書

（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	松江市末次町８６番地	電話	０８５２－５５－５５５５
	氏名	松江　太郎		
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：　妻　）　☐その他（　）＊委任状必要			
	住所	☑世帯主と同じ		
	氏名	松江　花子	電話	０８５２－５５－５５５５

日中に連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください

太枠内のみご記入ください

記号・番号	０１－　1234567

再交付が必要な人

再交付を希望する方についてご記入ください

	氏名	生年月日	出力帳票
1	松江　花子	昭和・平成・令和 44　年　1　月　10　日	☐資格確認書 ☐資格情報のお知らせ
2	松江　一郎	昭和・平成・令和 10　年　10　月　5　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（〇で囲んでください）	紛失　・　破損　・　その他（理由　）

処理			本人確認	
	未納の有無	有　・　無		☐ 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
	告示の希望	有　・　無		
	告示日	令和　年　月　日 告示第　号		
	メモ			

審査	入力