

国民健康保険資格確認書再交付申請書

宗 像 市 長 あて

今般、国民健康保険資格確認書を

(紛失・破損・未着)のため、再交付をお願いします。

なお、万一資格確認書の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切迷惑を掛けないことを誓約します。

※個人番号は省略可

記号番号	宗	令和 年 月 日申請			
世帯主	住所	宗像市			
	氏名				
	個人番号				
申請者	住所	上と同じ場合省略可			
	氏名				
	電話番号				
対象者及び証種類	1	氏名			<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別療養
		生年月日	年 月 日		
		個人番号			
	2	氏名			<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別療養
		生年月日	年 月 日		
		個人番号			
	3	氏名			<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別療養
		生年月日	年 月 日		
		個人番号			
市確認等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 委任状	
	<input type="checkbox"/> 収納状況確認	交付・郵送	受付者		

*太字・太枠内をご記入ください。

*世帯主と同一世帯ではない代理人が申請をする場合には、必ず委任状を添付してください。(原則、郵送での交付となります)