

受付日	受付者
令和 年 月 日	

国民健康保険

☐ 資格確認書

☐ 限度額適用・標準負担減額認定証

☐ 特定疾病療養受療証

☐ 資格情報のお知らせ

再交付申請書

被保険者証番号		0	0						
再交付の対象となる被保険者	氏 名	性別	世帯主との続柄	生 年 月 日					
	(氏) (名)	男 女		昭 平 令	年	月	日		
	個人番号								
	(氏) (名)	男 女		昭 平 令	年	月	日		
	個人番号								
	(氏) (名)	男 女		昭 平 令	年	月	日		
	個人番号								
	(氏) (名)	男 女		昭 平 令	年	月	日		
	個人番号								
	(氏) (名)	男 女		昭 平 令	年	月	日		
個人番号									
再交付申請の理由		・ 減失 ・ き損 ※どちらかに○をつけてください							
上記のとおり申請します。 なお、今後は資格確認書等を滅失または、き損することのないよう充分注意いたします。 また、滅失した資格確認書等が不正に使用された場合は、その一切の責任を当方で負うことを確約します。									
令和 年 月 日 住 所 上益城郡山都町 氏名(世帯主) 個人番号 山都町長 様 (受領者) 個人番号 <連絡先>									

(注)「特定疾病療養受領証」の再交付は、世帯主への郵送により行います。