



砥部町国民健康保険資格確認書等再交付申請書

令和 年 月 日 申請

砥部町長様

下記のとおり再交付を申請いたします。

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

また、紛失した資格確認書等を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者番号							
世帯主	住所	砥部町					
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	電話番号	-		-			
再交付を希望する者の氏名		個人番号					
再交付を必要とする証		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書(特別療養) <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証					
再交付申請の理由 ※その他の場合は詳細を記入。		1. 紛失 2. 破損又は汚損(当該資格確認書等を添付すること) 3. その他()					

申請者 (世帯主)	住所	砥部町					
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	電話番号	-		-			

上記の申請を承認する。

決	課長	課長補佐	係長	係	受付
裁					