**国民健康保険再交付申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 記号・番号 | 山３１　　　　　　　－ |
| 住　　　　所 | 〒　　　－平生町大字 |
| № | フ　リ　ガ　ナ | 生　年　月　日 | 個人番号（マイナンバー）※本人確認ができない場合のみ |
| 被保険者氏名 |
| １ |  | 昭和平成令和 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| ２ |  | 昭和平成令和 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| ３ |  | 昭和平成令和 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| ４ |  | 昭和平成令和 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| ５ |  | 昭和平成令和 | 年　　月　　日 |  |
|  |
| 再交付するもの | □　資格確認書□　資格情報のお知らせ□　限度額適用・標準負担額減額認定証□　特定疾病療養受療証 |
| 申　請　事　由 | □　紛　失　　　　□　汚　損　　　　□　破　損□　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　平生町長 様　　　上記のとおり申請します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　申請者　　　住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）電話番号　（　　　　　）　　　　－　　　　　 被保険者との関係　（　　　　　　　） |
| ※交付区分 | 窓　口　交　付郵送（　　　月　　　日） | ※確認書類 | 免許証　・　以前の資格確認書等マイナンバーカードその他（　　　　　　） |
| 電算入力 |  |