

国民健康保険資格確認書等 再交付(郵送用)申請書

・太枠内を記入してください。・該当する事項に✓をつけてください。

申請する証		<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		
被保険者記号・番号			-	
被保険者	氏名	生年月日		証種類
	国保 太郎	昭 平 令	54年6月1日	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
	国保 連	昭 平 令	21年3月22日	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
申請理由	再交付 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(宛先)伊勢崎市長 上記のとおり申請します。 令和7年12月15日				
世帯主 住所 伊勢崎市 今泉町二丁目410番地				
氏名 国保 太郎				
電話(連絡先) 090-〇〇〇〇-△△△△				
申請者 (窓口に来た人) <input checked="" type="checkbox"/> 同上(世帯主本人) 世帯主以外の場合				
住所				
氏名				
電話(連絡先) - -				
〔本人確認〕		〔代理確認〕		
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()		
			受付職員	交付日
				/
			<input type="checkbox"/> 郵送	