

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 <input checked="" type="checkbox"/> 同上 (世帯主本人) (窓口に来た人) 世帯主以外の場合 住 所 氏 名 電 話(連絡先) — —					
〔本人確認〕 <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( )			〔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"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )		
				受付職員	交付日
					/
				<input type="checkbox"/> 郵送	