

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 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
		昭平令	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭平令	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭平令	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
		昭平令	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ
申請理由	再交付 <input 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 年 月 日			
世帯主 住所 伊勢崎市 氏名 電話(連絡先) — —			
申請者 (窓口に来た人) □ 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] <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