

# 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 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
		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 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) <input 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〕 <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	