

交付 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員

国民健康保険 資格確認書等再交付申請書

				被保険者記号・番号		交 付 年 月 日	
				小千谷 000		令和 年 月 日	
個人番号				被 保 険 者 氏 名		性 別	
						生 年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
						昭 平 令	
				男・女		年 月 日	
再 証 交 明 付 書 す る	・ 資格確認書			申 請 の 理 由 確 認 等	紛失・破損		
	・ 資格情報のお知らせ				その他()		
	・ 特定疾病療養受療証				個人番号カード・免許証・旧保険証		
	・ 限度額適用(・標準負担額減額)認定証				郵送・その他()		
上記のとおり、申請します。							
令和 年 月 日							
世帯主 住所 小千谷市							
氏名 個人番号							
届出人 住所 小千谷市							
氏名							
小千谷市長 あて							
委 任 欄	再交付を受ける申請を次の者に委任します。						
	令和 年 月 日 受任者 住所						
	委任者 氏名 氏名						
	電話番号						
				取扱場所		片貝・川井・東山・岩沢・真人	