

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
			昭平令 男・女 年月日

再 証 明 付 す る	・ 資格確認書	申 理 請 由 の	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	確 認 等	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

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

印

氏名

電話番号

取扱場所

片貝・川井・東山・岩沢・真人

委
任
欄