国民健康保険資格確認書等再発行申請書

受付印

◎再交付を希望する証等（該当に〇をつけてください）

　　①資格確認書　　　　②資格情報のお知らせ

③限度額適用認定証（限度額適用認定証・標準負担額減額認定証）

④医療費のお知らせ（　　　年　　月診療分から　　年　　月診療分まで）

⑤特定疾病療養受療証

　　⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◎再発行の理由（該当すると思われるものを〇で囲んでください）

　　紛失　　破棄　　未着　　破損　　　盗難　　その他（　　　　　　　　　　　　）

◎再交付を受ける被保険者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　　　年　　月　　日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　　　年　　月　　日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　　　年　　月　　日

上記のとおり、再発行を申請します。

なお、上記資格確認書等が発見された際には、遅滞なく持参します。

**◎身分確認書類（同封する書類を〇で囲んでください）**

　運転免許証　・　マイナンバーカード　・　パスポート　・　その他（　　　　　　）

※身分確認書類が同封されていない場合、再発行いたしかねますのでご注意ください。

**年　　　月　　　日**

　**野　洲　市　長　様**

　　**申請者（届出人）**：　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主との続柄：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　**世帯主**　：　住　所　野洲市

　　　　　　　　　　　氏　名

　　※申請いただいた証等は世帯主の住所（もしくは、世帯主の送付先）に送付いたします。