国民健康保険 資格確認書・資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者氏名・フリガナ	生　年　月　日	
サクラ　タロウ 佐倉　太郎	昭　和・平　成・令　和 ３９年　１月　２日 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4	確認書・お知らせ
サクラ　ハナコ 佐倉　花子	昭　和・平　成・令　和 １０年　２月　３日 個人番号 2 3 4 5 8 9 0 1 1 2 3 4	確認書・お知らせ
	昭　和・平　成・令　和 日 個人番号	確認書・お知らせ
	令　和 日 個人番号	確認書・お知らせ
	令　和 年　月　日 個人番号	確認書・お知らせ

※赤枠内をご記載ください。

※再交付を希望されるかた全員分記載してください。

※個人番号を確認できるものがない場合、個人番号欄は空欄で構いません。

再交付申請の理由	03紛失（廃棄）　04破損　05盗難　□ 交付理由入力確認
被保険者　（記号）倉	番号　　—

（宛先）佐 倉 市 長

国民健康保険法施行規則第７条第１項、又は第７条の３の２第１項の規定により、上記のとおり申請します。

令和　７年１０月　１日

（申請者）　住　　所　　佐倉市　海隣寺町９７番地

氏　　名　　佐倉　太郎

個人番号　　１２３４５６７８１２３４

電話番号　　０４３（４８４）６１２５

〈事務使用欄〉

受付場所	交付	即日交付・郵送	〈確認〉免許証・個カ・在カ・旅券・他（　　） 番号《　　》 〈健保記入〉発送日　令和　年　月　日 発送者：	
健・志・臼 ユ・根・和				
受付者	種　別		種　別	有　効　期　日
	一　般		定期・特別療養	令和　年　月　日