

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												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和												確認書 ・ お知らせ
		年 月 日												
		個人番号												
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 年 月 日

(申請者) 住 所 佐倉市

氏 名

個人番号

電話番号 ()

＜事務使用欄＞

受付場所	交付 即日交付 郵送	<確認> 免許証・個力・在力・旅券・他（ ） 番号《 》		
健・志・白 ユ・根・和		<健保記入> 発送日 令和 年 月 日 発送者：		
受付者	種別	種別	有効期日	
	一般	定期 ・ 特別療養	令和 年 月 日	