

受付印

決 裁	保険課	受付窓口	
		確認者	処理者

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		生 年 月 日		性別 又は 個人番号 再交付(再通知)の理由	(再)交付を必要とするもの (該当するものに○)
1	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日	□ 紛失 □ 汚・破損	資格確認書
					資格情報のお知らせ
2	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日	□ 紛失 □ 汚・破損	限度額適用認定証
					特定疾病療養受領証
3	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日	□ 紛失 □ 汚・破損	資格確認書
					資格情報のお知らせ
4	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日	□ 紛失 □ 汚・破損	限度額適用認定証
					特定疾病療養受領証
5	(フリガナ)	昭 平 令	年 月 日	□ 紛失 □ 汚・破損	資格確認書
					資格情報のお知らせ
					限度額適用認定証
					特定疾病療養受領証

(あて先) 吉岐市長 様
上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

(該当する場合は、✓してください。)
□ マイナンバーカードの更新等に伴う交付申請
※この申請で交付する資格確認書の有効期限は2か月となります。

世帯主	住所	長崎県吉岐市 (アパート名など)		
	氏名	電話番号		

申請者	住所	同一世帯以外の方が申請される場合に記入してください。 □ 委任状添付 (アパート名など)		
	氏名	電話番号	世帯主に申請の了承を得ています。 ※世帯主は省略可	
		続柄		

誓約書	<p>万一紛失した被保険証等を発見したときは、国民健康保険法施行規則の規定によりただちに市に返還します。なお、今後の保管については細心の注意をするとともに、紛失した被保険者証等による不正使用等の事故があった場合は、保険給付額相当額の返納その他一切の責任を負うことを誓約いたします。</p> <p>吉岐市長 様 世帯主 氏名</p>
-----	---

本人確認書類(市役所記入欄) <1点確認> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート・在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<2点確認> <input type="checkbox"/> 資格確認書/保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 社員証・学生証 <input type="checkbox"/> 船員手帳 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 国境離島島民割引カード <input type="checkbox"/> その他()	<処理> <input type="checkbox"/> 即日交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 郵送日(/)
--	--	--