

資格確認書・資格情報のお知らせ

国民健康保険限度額適用（・標準負担額減額）認定証

再交付申請書

国民健康保険特定疾病療養受療証

※申請する証の□にレ点をご記入ください。

※太枠の中をご記入ください。

被保険者
記号番号

被 保 険 者	氏名	続柄	生年月日		マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	備考	
	1			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	2			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	3			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	4			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	5			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	6			昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
理 由	紛失 汚破損 盗難 その他 ()		来庁者	世帯主 その他(氏名)	確認 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/>		

※ 世帯外の方は、委任を受けた証明が必要です。

上記のとおり、再交付を申請します。
紛失した証を発見したときは、速やかに返還します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名

電 話 () -

(宛 先) 湖 西 市 長

交付	資格確認書 ・ 資格情報のお知らせ	処理担当者	
----	-------------------	-------	--

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま。