様式第３号の２（第９条関係）

国民健康保険資格関係書等再交付申請書

国保番号

再交付する証の種類	☐ 国民健康保険資格確認書　☐国民健康保険資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用認定証　☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証　☐ 特定疾病療養受療証

被保険者　氏名 個人番号	性別	主との続柄	生年月日	記号番号
	男・女		・　・	
	男・女		・　・	
	男・女		・　・	

【再交付申請の理由】

☐ 紛失　☐ 汚損　☐ 盗難　☐ 未着

☐ その他（　　）

（紛失等の日時：　　年　　月　　日，場所：　　）

上記のとおり申請いたします。

なお，国民健康保険資格関係書等を発見したときは，ただちに返納し，紛失に伴い生じた事故については，市に負担をかけないことを誓約いたします。

年　　月　　日

（世帯主）住　　所：桜川市

氏　　名：

個人番号：

電話番号：　　（　　）

桜川市長　様

窓口に来た方が世帯主でない場合は，この欄も記入してください。

（申請人）　氏　名：　　世帯主との続柄（　　）

【同一世帯以外】住　所：　　電話：　（　）

処理欄	【本人確認】 ☐ 運転免許証　☐ パスポート　☐個人番号カード ☐ その他（　　） 【処理】 ☐ 窓口交付　☐ 郵送（　　年　　月　　日）