|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

　　　年　　月　　日

長和町長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | | | | |  | 窓口に来た方 | |
| 住所 | 長和町 | | | | | | | | | | | |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主と  の続柄 |  |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | |  |  |  |

下記のとおり、資格確認書・資格情報のお知らせ の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号･番号 | | **・** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 再交付を申請する被保険者 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | 年　　月　　日 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付申請の理由 | １.紛失  ２.汚損・破損  ３.その他（下記に理由を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*