

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

年 月 日

夕張市長 様

世帯主 住所 夕張市
(申請者) 氏 名

個人番号

(電話)

下記により、国民健康保険法による資格確認書等の再交付を申請します。

被保険者記号・番号		夕 ー	
被保険者	フリガナ	住 所	
	氏 名	夕張市	
	生年月日	年 月 日 男・女	個人番号
再 交 付 す る も の		(該当するものに○を記入すること) ・ 国民健康保険資格確認書 ・ 国民健康保険資格確認書(特別療養) ・ 国民健康保険限度額適用認定証 ・ 国民健康保険標準負担額減額認定証 ・ 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 ・ 国民健康保険特定疾病療養受療証 ・ 資格情報のお知らせ ・ その他()	
理 由		【資格確認書、資格確認書(特別療養)の場合】 ・ 資格確認書の紛失 ・ マイナンバーカードを紛失又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない ・ マイナンバーカードを返納する予定である ・ 介助者等の第三者が高齢者又は障がい者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である ・ その他()	
		【限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証などの場合】 ・ 破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他()	
※ 決 定 欄		上記について再交付する。	交付年月日 年 月 日

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。