

国民健康保険（☐資格情報のお知らせ・☐資格確認書）再交付申請書

令和 年 月 日

三島市長 あて

申請者（世帯主） 住所

氏名

届出人 (窓口に来た方) 住所

氏名

電話番号

下記について三島市国民健康保険資格情報通知書等の再交付を申請いたします。

記

被保険者記号・番号								
住 所		□世帯主に同じ						
該当被保険者氏名		生年月日		枝番		交付内容		
		(大・昭・平・令) 年 月 日				知 ・ 確		
		(大・昭・平・令) 年 月 日				知 ・ 確		
		(大・昭・平・令) 年 月 日				知 ・ 確		
		(大・昭・平・令) 年 月 日				知 ・ 確		
		(大・昭・平・令) 年 月 日				知 ・ 確		

申請の理由	1 紛失した（家の中 ・ 外出先 ）
	2 汚損・破損（返却日 令和 年 月 日）
	3 盗難にあった（届け出先 警察 派出所）
	4 届いていない

(職員記載欄) 窓口来庁者の確認 1 個人番号カード(有効期限 年 月 日) 2 運転免許証・パスポート No. _____ 3 その他 () 交付方法 (郵 送 ・ 窓口交付)	受付者	受付印
	台帳記入	