

第3号様式の2(第2条関係)

国民健康保険資格確認書等再交付等申請書

年 月 日					
(宛先)綾瀬市長					
申請者(世帯主)	住 所 <u>綾瀬市早川550番地</u> 氏 名 <u>綾瀬 太郎</u> 個人番号 _____ 電話番号 <u>0467-77-1111</u>				
次のとおり申請します。 なお、未返還資格確認書等により生じた債務については、当方の責任とし、保険者に迷惑をかけません。					
被 保 険 者 記 号 番 号	53— <u>1234567</u>				
被 保 険 者	氏 名	個 人 番 号	世 帯 主 と の 続 柄	生 年 月 日	
	1	<u>綾瀬 花子</u>		<u>妻</u>	<u>昭和40年 11月 1日生</u>
	2				年 月 日生
	3				年 月 日生
	4				年 月 日生
	5				年 月 日生
申請する書類の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証				
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()				

申請する証にレ点をつけてください

※太枠内のみ記入してください。

申請の理由にレ点をつけてください

被保険者の確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()		
再交付年月日	年 月 日	納付状況	<input type="checkbox"/> 納付済 <input type="checkbox"/> 未納 (<input type="checkbox"/> 収納課連絡)