

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

<対象者>

被保険者番号	山3-		
被保険者氏名		生年月日	個人番号
フリガナ		昭・平・令・西暦	
1		年 月 日	
フリガナ		昭・平・令・西暦	
2		年 月 日	
フリガナ		昭・平・令・西暦	
3		年 月 日	
フリガナ		昭・平・令・西暦	
4		年 月 日	
フリガナ		昭・平・令・西暦	
5		年 月 日	

<申請理由>

理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他 ()
----	------------------------

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

山口市長 様 上記のとおり申請します。	(申請日)	年 月 日
フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	個人番号	
	電話番号	
住所	山口市	

<届出人> 世帯主以外が届出の場合、以下を記入

氏名	続柄	(世帯主から見て)
	電話番号	
住所	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ場合はチェック	

※山口市使用欄

(確認者:) 帳票発行画面「再発行」にチェック

交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (月 日送付)	交付内容	確認書 枚/お知らせ 枚
番号法による確認	番号確認 (本人)	身元確認 (本人または代理人)	
	<input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 通知力 <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点 <input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 在力 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理権確認
有・無	2点 <input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	

受 付 印