

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

年　月　日

(あて先) 塩尻市長

申請者（世帯主）

住 所

氏 名

個人番号

電 話

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

世帯主と
の続柄

次のとおり、国民健康保険資格確認書等の再交付を申請します。なお、国民健康保険資格確認書等を紛失したために生じた事故については、市に負担をかけないことを誓約します。また、紛失した国民健康保険資格確認書等を発見したときは、直ちに返納します。

被 保 險 者 記 号・番 号												
再 交 付 を 申 請 す る 被 保 險 者	氏 名		続柄	性別	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 を 受 け る 証	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 限度額適用認定証等 4 その他 ()											
	1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ()											