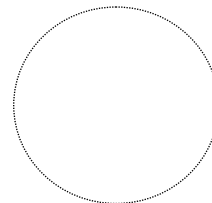


決 裁	課 長	課長補佐	係長	担当



国民健康保険資格確認書（特別療養）再交付申請書

被保険者氏名 (高齢受給者該当者に○)		被保険者 記号・番号	世帯主 との続柄	生 年 月 日	個人番号
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

確認事項

☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐旅券 ☐在留カード
☐その他(具体的に記載：)

再交付申請の理由

国民健康保険法施行規則第 7 条第 1 項(施行規則第 7 条第 5 項及び第 6 項において準用する場合を含む。)の規定により、上記のとおり国民健康保険資格確認書（特別療養）の再交付を申請します。

年 月 日

(あて先)

羽 島 市 長

世帯主

郵便番号

住 所

氏 名

個人番号

電 話 () —

申請者

郵便番号

(世帯主の場合は記入不要)

住 所

氏 名

個人番号

電 話 () —

※同一世帯以外の申請者の場合は委任状を、法定代理人の場合は戸籍謄本その他資格を証明する書類を提出してください。

(注) 資格確認書（特別療養）を破り又は汚した場合の申請には、その被保険者の資格確認書（特別療養）を添付してください。