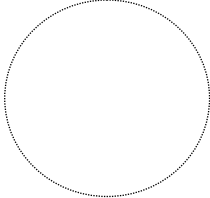


決 裁	課 長	課長補佐	係長	担当



国民健康保険資格情報再通知申請書

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：)

再通知申請の理由

国民健康保険法施行規則第 7 条の 3 の 2 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情報の再通知を申請します。

紛失により生ずる事故及び診療費については、当方で一切の責任を負い、羽島市に負担をかけません。

なお、盗難、紛失した旨所轄の警察へは 月 日届出済みです。(直ちに届出します)。

また、紛失した国民健康保険資格情報通知書を発見したときは、直ちに羽島市へ返却します。

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

(世帯主の場合は記入不要)

郵便番号

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) 資格情報通知書を破り又は汚した場合の申請には、その資格情報通知書を添付してください。