

国民健康保険資格確認書・特別療養費  
各種受給者証等再交付申請書

|                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者記号・番号                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 世帯主                                                                                                                                         | 氏名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                             | 住所   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                             | 個人番号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 被保険者①                                                                                                                                       | 氏名   | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                             | 個人番号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                             | 生年月日 | <div><div><input type="checkbox"/>昭和<input type="checkbox"/>令和<br/><input type="checkbox"/>平成</div><div>年</div><div>月</div><div>日</div></div>                                                                                                                                                     |
| 被保険者②                                                                                                                                       | 氏名   | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                             | 個人番号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                             | 生年月日 | <div><div><input type="checkbox"/>昭和<input type="checkbox"/>令和<br/><input type="checkbox"/>平成</div><div>年</div><div>月</div><div>日</div></div>                                                                                                                                                     |
| 再交付が必要な証                                                                                                                                    |      | <div><input type="checkbox"/>国民健康保険資格確認書(令和6年12月2日以降、保険証に代えて発行します)<br/><input type="checkbox"/>資格情報のお知らせ<br/><input type="checkbox"/>国民健康保険資格確認書(特別療養費)<br/><input type="checkbox"/>国民健康保険限度額適用(・標準負担額減額)認定証<br/><input type="checkbox"/>国民健康保険特定疾病療養受療証<br/><input type="checkbox"/>その他( )</div> |
| 再交付が必要な理由<br>(○をする)                                                                                                                         |      | <div>破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他( )<br/>※破損・汚損の場合は、その証を添付すること</div>                                                                                                                                                                                                                                        |
| <div>上記のとおり、再交付を申請します。<br/>なお、紛失した資格確認書等を発見したときは、直ちに返還します。</div> <div>南アルプス市長 殿<br/>令和 年 月 日<br/>届出者 氏 名 (世帯主との続柄： )<br/>住 所<br/>電話番号</div> |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 職員記入欄 | 受 付 者 | 本 人 確 認 資 料                                                 | 交 付 状 況      |
|-------|-------|-------------------------------------------------------------|--------------|
|       |       | 免許証 ・ 住基カード ・ 在留カード ・ 個番カード<br>パスポート ・ その他( )<br>※委任状 有 ・ 無 | 窓口交付済 ・ 郵送交付 |