

国民健康保険資格情報のお知らせ再交付申請書

宗 像 市 長 あて

今般、国民健康保険資格確認書を

（紛失・破損・未着）のため、再交付をお願いします。

なお、万一資格確認書の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切迷惑を掛けないことを誓約します。

※個人番号は省略可

記号番号	宗				令和	年	月	日申請
世帯主	住 所	宗像市						
	氏 名							
	個人番号							
申請者	住 所	上と同じ場合省略可						
	氏 名							
	電話番号							
対象者及び証種類	1	氏 名					☐ 一般 ☐ 特別療養	
		生年月日	年 月 日					
		個人番号						
	2	氏 名					☐ 一般 ☐ 特別療養	
		生年月日	年 月 日					
		個人番号						
	3	氏 名					☐ 一般 ☐ 特別療養	
		生年月日	年 月 日					
		個人番号						
市確認等	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ その他（ ）						☐ 委任状	
	☐ 収納状況確認		交付 ・ 郵送		受付者			

*太字・太枠内をご記入ください。

*世帯主と同一世帯ではない代理人が申請をする場合には、必ず委任状を添付してください。（原則、郵送での交付となります）