

国民健康保険資格確認書等(返還不能届)再交付申請書

被保険者氏名	生年月日	個人番号	性別	続き柄
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
申請理由	紛失・汚損・破損・その他( )			

上記の理由により届出いたします。

なお、紛失した資格確認書等の不正使用等によって生じた損害その他の問題は、私の責任において処理し、紛失した資格確認書等を発見したときは、直ちに当該資格確認書等を返還します。

令和 年 月 日  
鹿沼市長 宛

世帯主 住所 鹿沼市  
氏名  
個人番号  
電話番号 ( )  
  
代理来庁者 住所  
氏名  
電話番号 ( )

〈職員記入欄〉

来庁者 確認内容	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )		
再交付 資格確認書 等	<input type="checkbox"/> 資格確認書(一般・特別療養) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (一般・特別療養) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証、限度額適用・ 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	記号番号	—
		有効期限	令和 年 月 日
		発行者名	

〈確認用〉

・証交付状況確認 <input type="checkbox"/> 有効期限 <input type="checkbox"/> 発行期日 <input type="checkbox"/> 限度額証が区分Ⅱ・オの場合、長期入院の該当日を確認
--