

国民健康保険資格確認書再交付申請書

受付印

令和 年 月 日

備前市長 殿

申請者(世帯主)住 所 備前市

氏 名

個人番号 _____

次のとおり再交付を申請します。

被保険者記号・番号	岡 7 ー		
必要な被保険者氏名	氏 名	性別	生 年 月 日
	個 人 番 号		
		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	昭・平・令 年 月 日
申請理由とその発生年月日	紛失・盗難・消失・き損・その他() 令和 年 月 日		

誓 約 書

紛失した資格確認書を発見したときは、ただちに返納します。

また、資格確認書紛失のために生じた事故については、貴市にいつさいの負担をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日

氏 名

世帯主との続柄

備前市長 殿