

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書

葉山町長 殿

申請日

令和 年 月 日

世帯主

住 所	葉山町										
氏 名						電話番号	- -				
生年月日	明 大		年	月	日	マイナンバー (個人番号)					
☐ 世帯主分の再交付を申請します。 ☐ 世帯主分の再交付は申請しません。											

申請者

世帯主と申請者が異なる場合、記入してください。											
住 所	☐ 世帯主と同じ 葉山町										
氏 名						電話番号	- -				
☐ 申請者分の再交付を申請します。 ☐ 申請者分の再交付は申請しません。 (申請する場合のみ、生年月日・個人番号欄もご記入ください。)											
生年月日	明 大		年	月	日	マイナンバー (個人番号)					

再交付対象者

世帯主や申請者以外で再交付を希望する人について記入してください。											
1	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日							
		マイナンバー (個人番号)									
	2	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日						
マイナンバー (個人番号)											
3	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日							
		マイナンバー (個人番号)									

理由

次の理由により、再交付を申請します。 また、紛失した資格確認書を発見したときは、直ちに返納します。											
☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 汚損 ☐ 焼失 ☐ その他 ()											

受取人サイン欄

身分確認書類 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他 ()										受 付 印										
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
記号番号 51 -																				
課 長	課長補佐	係 長	係 員																	