

- 国民健康保険
- ☐ 資格情報のお知らせ
- ☐ 資格確認書
- ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証
- ☐ ()

再交付申請書

太枠の中をご記入ください。

被 保 険 者 記 号 番 号									
住所	宇佐市(大字)								
世帯主						個人番号			
再交付が必要な被保険者	フリガナ	生年月日						性別	
	氏 名	個人番号							
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日						☐ 男	
								☐ 女	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日						☐ 男	
								☐ 女	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日						☐ 男	
								☐ 女	
申請理由	☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他()								
上記のとおり申請します。 宇佐市長 あて 令和 年 月 日	申請者	住 所	※上記の住所と同じ場合は、記入の必要はありません。						
		氏 名							
		世 帯 主との続柄	☐ 本人 ☐ 同世帯の国保被保険者 ☐ その他()						
		電話番号							
本人確認		受付		出張所	交付方法	窓口			
免・旅・個人番号・住基・その他()				四日市		郵送(書留・普通)			
				長洲		()			