



被保険者番号	
--------	--

国民健康保険 資格確認書等再交付申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

以下の理由により、国民健康保険の資格確認書等の再交付を申請します。

※以下の項目にご記入ください

1 世帯主の方 (必須)	住 所：芦屋市 町			
	氏 名：		個人番号：	
	電話番号： - -			
2 再交付を 希望する方と 証の種類	再交付を希望する方のお名前	生年月日	証の種類	個人番号
	様	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
	様	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
	様	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
3 申請する理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 交付済み未受領 <input type="checkbox"/> 破損			(芦屋市記入欄) 証回収 有 ・ 無

以下の3点をご確認いただき、チェックマークを入れてからお送りください。

☐ (1について) 住民票上の世帯主の方について記入した。

☐ (2について) 再交付を希望する方の名前、生年月日を漏れなく記入した。

☐ (3について) 申請する理由にチェックマークを入れた。

※再交付の資格情報のお知らせ・資格確認書は、住民票上の住所に世帯主の方あてにお送りします。

※住民票上の住所とは別に送付先を申請されている場合は、その送付先にお送りします。

芦屋市記入欄

資格担当 確認欄	・発行した日 <input type="checkbox"/> 申請日と同じ <input type="checkbox"/> R . . .	・発送日 <input type="checkbox"/> R . . .	受付者
	・交付した資格情報のお知らせ・資格確認書の期限 <input type="checkbox"/> R . 7 . 3 1 <input type="checkbox"/> 期限なし		
	<input type="checkbox"/> R . . . ( <input type="checkbox"/> 在留期限 <input type="checkbox"/> 年齢到達 )		資格担当
	・前期高齢者負担割合…割合表示 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割→基準収入額の申請 対象・対象外		
	・交付年月日 R . . . ・発行期日 . . . ・有効年月日 R . . .		