

**国民健康保険 資格確認書等 再交付申請書**

被保険者記号・番号	成 田						
世帯主氏名							
住所	成田市						

再交付 対象者	No.	氏名	生年月日
	1	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ 男・女	昭・平・令 年 月 日
	2	男・女	昭・平・令 年 月 日
	3	男・女	昭・平・令 年 月 日
	4	男・女	昭・平・令 年 月 日
	5	男・女	昭・平・令 年 月 日
再交付の 種類	1.資格確認書      2.資格情報のお知らせ      3.資格確認書（特別療養） 4.限度額適用認定証      5.特定疾病療養受療証		
再交付の 理由	1.破損      2.紛失      3.盗難      4.その他（      ）		
上記の理由により、国民健康保険資格確認書等の再交付を受けたいので、申請します。  <div style="text-align: center;">年      月      日</div> <div style="text-align: center;">申請者氏名</div> <div style="text-align: center;">（あて先） 成田市長</div>			

【事務処理欄】

受付印

本人確認書類	有効期限	受付者	確認者
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他(                      )	<div>年      月      日</div>		