



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	
	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
	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 _____. _____. _____. ・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 _____. _____. _____. (□在留期限 <input type="checkbox"/> 年齢到達) ・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 _____. _____. _____. 			受付者
				資格担当