

記入例

被保険者番号

受付印

国民健康保険 資格確認書等再交付申請書

世帯主の方の情報を
ご記入ください。

令和 年 月 日

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 △番×号			
	氏 名： 芦屋 太郎			
	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
	芦屋 花子 様	○○○年 ○ 月 ○ 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	
		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 checked="" 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

☒ (1について) 住民票上の世帯主の方☒ (2について) 再交付を希望する方☒ (3について) 申請する理由にチェックマークあてはまる理由にチェックマークを
付けてください。※再交付申請書は、住民票上の住所に世帯主の方あてにお送りします。
※住所が変更されている場合は、その送付先にお送りします。ご提出前に確認し、
チェックマークを
付けてください。

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)	
	・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		資格担当
	・交付年月日 R	・発行期日	・有効年月日 R