

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。

芦屋

以

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		再交付を希望する書類の種類を選んでください。	
	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	500年 0 月 0 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
	様	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書	
	様	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
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の (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。※再提出前に確認し、
※住民票上の世帯主の方の
申請する理由にチェックマークを
付けてください。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。
送付先が記載されている場合は、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 資格担当
	・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 _____. _____. _____.		