

☐資格確認書
☐資格情報のお知らせ
☐限度額適用認定証
☐標準負担額減額認定証
☐限度額適用・標準負担額減額認定証
☐特定疾病療養受療証

国民健康保険 再交付申請書

被保険者記号・番号				
被 保 険 者 名	氏 名	性 別	生 年 月 日	個 人 番 号
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
紛失・破損・その他				
再交付申請理由.....				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 世帯主氏名 個 人 番 号 郡 上 市 長 様				

※以下の欄は記入しないでください。

※ 処 理 状 況	本人確認	免許証	マイナンバーカード	その他
	回 収	即日	後日(年 月 日)	郵送(年 月 日)
	交 付	即日	後日(年 月 日)	郵送(年 月 日)
	備 考			