| 国民健康保険資格確認書等再交付申請書 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号・番号 | 小国― | | |
| 被保険者証等の種別 | 1：資格確認書<br>2：資格情報のお知らせ<br>3：限度額適用認定証等<br>4：特定疾病療養受療証 | 5：その他（　　） | |
| 被保険者氏名 | 生年月日 | 個人番号 | 性別 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| | 昭・平・令　年　月　日 | | 男・女 |
| 再交付申請の理由 | **※該当番号に〇をして下さい。その他の場合は理由を記入して下さい。**<br>1：やぶれた<br>2：よごれた<br>3：紛　失<br>4：その他（　　） | | |

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主 住　所　小国町大字＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

小国町長　様