

第5号様式 (第2条関係)

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書
 資格情報のお知らせ

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所 _____

世帯主 氏 名 _____

個人番号 _____

(電話 — —)

次のとおり資格確認書・資格情報のお知らせの再交付を申請します。

記号番号			
被保険者の氏名	生年月日	区分	個人番号
	. .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	/
	. .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	/
	. .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	/
	. .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	/
	. .	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	/
再交付申請の理由			
<input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 破損・汚損したため <input type="checkbox"/> 盗難にあったため <input type="checkbox"/> その他 ()			

受取人氏名 _____

世帯主との続柄 _____

担当者 記入欄	①受付者	②入力者	備 考