

## 国民健康保険資格確認書等交付申請書

記 号 ・ 番 号			
資格確認書等の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (通常・特別療養) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (通常・特別療養)	<input type="checkbox"/> 医療費通知  <input type="checkbox"/> その他 ( )	
交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> カード返納 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
被保険者の氏名	生 年 月 日	性 別	個 人 番 号
	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	

上記のとおり申請します。

令和      年      月      日

むつ市長 様

住 所  むつ市

世帯主 氏 名

個 人 番 号

電 話

※ 世帯主以外の方が届け出るときご記入下さい。

住 所

届出人 氏 名

世帯主との続柄

電 話

処理欄	受付： /	入力： /	交付：交・郵	担当：	割 印
	届出人の → 本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 面 識 (確認者： ) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 聴 聞 <input type="checkbox"/> その他 ( )			