

国民健康保険再交付申請書

被保険者証の番号					
被 保 険 者	氏名	続柄	生年月日	個人番号	マイナ保険証利用登録
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
					有 ・ 無
再交付申請の理由		紛失 ・ 汚染 ・ 破損 ・ その他（ ）			

上記のとおり ☐資格確認書

☐資格情報のお知らせ

☐限度額適用・標準負担額減額認定証

☐限度額適用認定証

☐特定疾病療養受療証

☐その他（ ） の再交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 仙北市

氏名 (印) (自署の場合は押印不要)

個人番号

仙 北 市 長 様

※紛失の場合、裏面の念書も確認の上、ご記入ください。

閲 覧	課長	参事	補佐	係長	係	取扱者

=窓口担当者記入欄=
【届出人】
1. 本人 2. 代理人 氏名：
続柄：
【本人確認方法】
1. マイナンバーカード 2. 運転免許証
3. その他（ ）

念 書

このたび私の不注意により、国民健康保険資格確認書等を紛失したことを謝罪いたします。

今後、このようなことのないよう十分に注意を払い、また国民健康保険資格確認書等を紛失して発生した損害については、保険者（仙北市）に対し一切の迷惑をかけません。

令和 年 月 日

世 帯 主 住所 仙北市

氏名

㊞（自署の場合は押印不要）

仙 北 市 長 殿