

資格確認書

国民健康保険 資格情報のお知らせ

再交付申請書

限度額適用認定証・標準負担額減額認定証

令和 年 月 日

六ヶ所村長 様

住 所

申請者
(世帯主)

氏 名

個人番号

連絡先

国民健康保険法施行規則第7条第1項、第7条の4第4項、第27条の14の4第4項の規定により、次のとおり申請します。

| 被 保 険 者 氏 名 | 氏 名 | 個 人 番 号 | 続柄 | 生 年 月 日 |
|----------------------------|---|---------|----|-------------|
| | 1 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 2 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 3 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 4 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 5 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 6 | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| 再交付申請の理由 | 1. 紛失 2. 破損 3. 盗難 4. その他 | | | |