

課 長 専 決	決 裁	主管課長	課長補佐	主幹	参事	主事	支所長	課員

再

資格確認書									
国民健康保険					再交付申請書				
減額・限度額認定証									
被保険者 記号 番号					あさぎり 号				
氏名					生 年 月 日				
1					昭 平 令	和 成 和	年 月 日		
	個人番号								
2					昭 平 令	和 成 和	年 月 日		
	個人番号								
3					昭 平 令	和 成 和	年 月 日		
	個人番号								
再交付申請の理由					1	紛失	4	汚損	
					2	盗難	5	破損	
					3	焼失	6	その他	
国民健康保険法施行規則第7条により届出ます。									
年 月 日									
世帯主 住所 あさぎり町 番地									
氏名									
連絡先 — —									
あさぎり町長 様									
届 出 者	氏名					世帯主との続柄			
	住所	あさぎり町				連絡先			
※ 届出者が世帯主の場合、記入不要									

職員 記入欄	届出者本人確認欄		
	☐ 免許証	☐ マイナンバー	☐ その他
発行状況	年 月 日 (様)へ渡し済		

受付者