様式第３号（第１２条関係）

国民健康保険　資格確認書　資格情報のお知らせ　（再）交付・（再）通知申請書

（宛先）紀の川市長

次のとおり申請します。なお、再交付申請に限り、再交付後発見した証などについては速やかに返還します。

申請日　　年　　月　　日				
被保険者記号・番号　　和１２　－				
世帯主 住所 氏　名　　生年月日　　年　　月　　日 個人番号　　電話番号				
1	氏名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	交付理由	□資格確認書・資格情報のお知らせ・被保険者証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証等の紛失その他 □マイナンバーカード紛失・更新中　□マイナンバーカード返納（予定） □以下の理由でマイナ保険証による受診困難なため （　　）		
2	氏名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	交付理由	□資格確認書・資格情報のお知らせ・被保険者証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証等の紛失その他 □マイナンバーカード紛失・更新中　□マイナンバーカード返納（予定） □以下の理由でマイナ保険証による受診困難なため （　　）		
3	氏名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	交付理由	□資格確認書・資格情報のお知らせ・被保険者証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証等の紛失その他 □マイナンバーカード紛失・更新中　□マイナンバーカード返納（予定） □以下の理由でマイナ保険証による受診困難なため （　　）		
4	氏名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	交付理由	□資格確認書・資格情報のお知らせ・被保険者証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証等の紛失その他 □マイナンバーカード紛失・更新中　□マイナンバーカード返納（予定） □以下の理由でマイナ保険証による受診困難なため （　　）		
世帯主以外が申請する場合（□世帯主と住所が同じ） 住　所 氏　名 生年月日　　年　　月　　日 電話番号				

※代理による申請、または顔写真入り証明書（公的機関発行のもの）でご本人確認ができない場合は郵送します。

確認欄	受付者	交　付	
		□窓口	□資格確認書　カード型・ハガキ型
		□郵送	□資格情報のお知らせ　（マイナ保険証有　確認済）