

# 国民健康保険 資格確認書再交付申請書

記入した日付  
和暦でも西暦でも可

20××年××月××日

山ノ内町長 様

世帯主 様の情報

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住所 山ノ内町大字平穩××-×

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏名 阿留 久真

氏名

個人番号

世帯主と  
の続柄

電話 000-0000-0000

下記のとおり、資格確認書の再交付を申請します。

番号が分からない場合は  
未記入でも可

被保険者の 記号番号		山 内・××××		
再 交 付 を 申 請 す る 被 保 険 者	氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号
	阿留 久真	本人	19××年×月×日	
	阿留 雄鼓	子	20××年×月×日	
			年 月 日	
	再発行が必要な方 全員の氏名	世帯主 様との 続柄	月 日	
			年 月 日	
再 交 付 申 請 の 理 由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. その他（下記に理由を記入）			
	該当する項目に 丸			

# 委任状

山ノ内町長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ⑧  
 電話 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

山ノ内町国民健康保険の

- 1 資格確認書の再発行の手続き及び受領に関する事
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
- 3 国民健康保険税（料）に関する事
- 4 その他の事項（ \_\_\_\_\_ ）に関する事

代理人 (委任を受けた人) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*

来 庁 者 の 確 認	<p><b>(1点確認)</b></p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書    <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）    <input type="checkbox"/> ( _____ ) 手帳  <input type="checkbox"/> 在留カード    <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等（ _____ ）      &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;</p> <p>【① - ③の証の発行・登録番号等 _____】</p> <p><b>(2点確認)</b></p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 資格確認書    <input type="checkbox"/> 年金手帳    <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書      イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等      &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> _____ 被保険者証    <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等    <input type="checkbox"/> _____ 証書（手帳）      証・種類名等（ _____ ）</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等 _____】</p> <p>⑤ その他の書類等（ _____ ）</p>
----------------------------	--