

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 鎌倉市長

住所 鎌倉市

申請者
(世帯主) 氏名

個人番号
(マイナンバー)

電話 ()

代筆者 住所 申請者との関係
氏名 ()

次のとおり申請します。
☐ 以下の被保険者は、マイナンバーカードの保険証利用登録をしていません。

被 保 険 者 氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号 (マイナンバー)
		昭 平 令 ・ ・	
		昭 平 令 ・ ・	
		昭 平 令 ・ ・	
		昭 平 令 ・ ・	
		昭 平 令 ・ ・	

再交付申請の理由
☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他 ()

次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)					起案	・	・
課 長(所長)	課長補佐	係 長	係	担 当	決裁	・	・
					交付	・	・
決 定 区 分		☐ 交付します (発送日 　　　　　・　　　　　)					
		☐ 交付しません (同日脱退届有・その他					