

国民健康保険被保険資格確認書等再交付申請書
国民健康保険被保険資格確認書返還不能届

尾道市長 様

- 次の理由により、
 国民健康保険資格確認書
 国民健康保険資格情報通知書 の再交付を申請します。
- 次の理由により、国民健康保険資格確認書を返還することができませんので届け出ます。

申請年月日	年 月 日	電話番号	
被保険者番号			
申請者名		世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員() <input type="checkbox"/> その他()
申請者住	尾道市		
世帯主氏名			

※対象の手続に☑をしてください。
 ※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要です。

※該当する被保険者について記入してください。

住所	<input type="checkbox"/> 同上 尾道市			確認欄	
	被保険者氏名	生年月日	世帯主との続柄		再交付申請・返還不能の理由
1		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()
2		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()
3		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()
4		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他()	

※該当する箇所☑を入れてください。その他の場合は具体的に記入してください。

本人確認書類 (申請者)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 写真付き公的証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
交付日	年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送
<input type="checkbox"/> AD回収入力	年 月 日 回収	受付	入力 確認
在留期間確認	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	在留期間の満了日	年 月 日

受付印