

様式第4号（第10条関係）

国民健康保険	資格確認書	再交付申請書
	資格確認書（特別療養）	
	資格情報のお知らせ	
	限度額適用認定証	
	標準負担額減額認定証	
	限度額適用・標準負担額減額認定証	
	特定疾病療養受療証	

被保険者記号・番号			
被 保 険 者	個人番号	生 年 月 日	備 考
	氏 名		
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
再交付申請の理由		紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他（ ）	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 八百津町 _____

世帯主 氏 名 _____

個人番号 _____

八百津町長 様

※ 資格確認書等を破り、又はよごした場合の申請は、その資格確認書等を添付すること。

- 確認事項 免許証 パスポート 個人番号カード
 その他（ ）