

国民健康保険 資格確認書交付申請書

四万十市長 様

次のとおり申請します。				申請日	令和	年	月	日
申請者	氏名	(続柄:)			連絡先			
	住所							
世帯主	氏名				個人番号			

ここから下は、交付を希望する人について記入してください。								
住所	☐ 同上							
フリガナ氏名				男・女	生年月日	T・S H・R	年	月 日
					個人番号			
理由	1. 有効なカードがない (紛失・更新中・返納) 3. その他 2. 受診困難 (介助が必要・管理が不安) ()							
フリガナ氏名				男・女	生年月日	T・S H・R	年	月 日
					個人番号			
理由	1. 有効なカードがない (紛失・更新中・返納) 3. その他 2. 受診困難 (介助が必要・管理が不安) ()							
フリガナ氏名				男・女	生年月日	T・S H・R	年	月 日
					個人番号			
理由	1. 有効なカードがない (紛失・更新中・返納) 3. その他 2. 受診困難 (介助が必要・管理が不安) ()							
フリガナ氏名				男・女	生年月日	T・S H・R	年	月 日
					個人番号			
理由	1. 有効なカードがない (紛失・更新中・返納) 3. その他 2. 受診困難 (介助が必要・管理が不安) ()							

任意記載事項の記載 (希望する・希望しない)	
※任意記載事項とは、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分、一部負担金限度額の適用区分、食事・生活療養標準負担額の減額の適用区分のことをいいます。	

