

処 理 簿				
台帳	資格確認書 番号カード 郵送・免許証	受付簿	受付	マイナ保険証 利用登録 有・無・不明

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

被保険者記号番号		岡 1 -		
被 保 険 者 名 ・ 個 人 番 号	氏 名 被保険者の個人番号	性別	生 年 月 日	世帯主との続柄
		男・女	・	
		男・女	・	
		男・女	・	
		男・女	・	
		男・女	・	
		男・女	・	
理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 ・ 盗難 ・ 焼失 ・ 未着 ・ その他			年 月 日頃

資格確認書  
 上記のとおり、 資格情報通知書(資格情報のお知らせ) の再交付を申請します。  
 特定疾病療養受療証

年 月 日

岡 山 市 長 様

世帯主 住所 岡山市

氏名

電話番号

代理人 住所 岡山市

氏名

電話番号