

(国民健康保険法施行規則第7条関係)

再交付申請書

○再発行対象者

国民健康保険記号・番号

氏 名	生年月日	再交付を必要とする物
	・ ・	☐ 資格確認書 ☐ 資格確認書（特別療養） ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 資格情報のお知らせ（特別療養） ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額認定証 ☐ 減額認定証
	・ ・	☐ 資格確認書 ☐ 資格確認書（特別療養） ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 資格情報のお知らせ（特別療養） ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額認定証 ☐ 減額認定証
	・ ・	☐ 資格確認書 ☐ 資格確認書（特別療養） ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 資格情報のお知らせ（特別療養） ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額認定証 ☐ 減額認定証

○再交付申請の理由

1. なくした 2. やぶれた 3. よごれた 4. 届かなかった
5. その他 ()

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 豊前市

世帯主 ふりがな

(又は申請者) 氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

豊前市長 殿

※ 代理人による届出の時は、代理人の住所、氏名、続柄を下記に記入してください。

住所：豊前市

氏 名： (続柄：)

	限・減額	特定疾病	公費
複写 確認欄			