

国民健康保険

資格確認書 再交付申請書  
 資格情報のお知らせ(資格情報通知書) 再通知申請書

※マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無を確認の上、  
資格確認書または資格情報のお知らせ(資格情報通知書)を交付または通知します(特別な事情がある方を除く)。  
※資格情報のお知らせ(資格情報通知書)は、マイナポータルで健康保険資格情報画面を確認できる場合は、  
申請する必要はありません。  
※国民健康保険証を紛失・破損された方もこちらの申請書を使用してください。

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者(世帯主)

住所 旭川市

氏名

電話番号

個人番号

窓口に来た方  
(世帯主以外の場合)

住所 旭川市

氏名

電話番号

区分 世帯主と同じ世帯の方 ・ 代理人(関係 )

※ここから下の太枠内は、再交付または再通知を希望する人について記入してください。

被保険者記号・番号		旭	
1	氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号
2	氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号
3	氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号
4	氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号
5	氏名	申請区分	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格情報通知書)
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号
申請事由		紛失・盗難・破損・汚損・未着・その他( )	

※ 事故防止のため、世帯主の住民登録上の住所以外へ転送することは、原則できません。  
※ 特別な事情があつて転送を希望される場合は、次の事項をすべて記載してください。  
※ 転送は、今回の申請分に限りです。

転送を希望する理由	
転送先住所	
世帯主との関係	転送先電話番号

処理欄	交付方法	郵送 ・ 窓口	令和 年 月 日
	本人確認書類	顔写真付(1点) <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> その他( ) 顔写真無(2点) <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 社 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> その他( )	
	備考		処理