

様式第4号(第9条関係)

資 格 確 認 書 国民健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書 標準負担額減額認定証 特定疾病療養受療証				
被保険者(等)の記号・番号				
被 保 険 者	氏 名	個人番号	世帯主との 続 柄	生 年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				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				
紛失年月日			年 月 日	
上記のとおり申請します。 なお、万一保険証等が判明した場合は直ちに返還することを誓約します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住所 養老町 _____ 世帯主 氏名 _____ 電話番号() _____ </div>				
養老町長		様		