

国民健康保険被保険資格確認書等再交付申請書
国民健康保険被保険資格確認書返還不能届

尾道市長様

- ☐ 次の理由により、

☐ 国民健康保険資格確認書
☐ 国民健康保険資格情報通知書

の再交付を申請します。
- ☐ 次の理由により、国民健康保険資格確認書を返還することができませんので届け出ます。

申請年月日	年 月 日	電話番号	
被保険者番号			
申請者氏名		世帯主との続柄	☐ 本人 ☐ 世帯員() ☐ その他()
申請者住所	尾道市		
世帯主氏名			

※対象の手續に☑をしてください。
※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要です。

※該当する被保険者について記入してください。

住 所		☐ 同上 尾道市			確認欄
	被保険者氏名	生年月日	世帯主との続柄	再交付申請・返還不能の理由	
1		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 ☐ ()	☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()	
2		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 ☐ ()	☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()	
3		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 ☐ ()	☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()	
4		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 ☐ ()	☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()	

※該当する箇所に☑を入れてください。その他の場合は具体的に記入してください。

本人確認書類 (申請者)	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 写真付き公的証明書 ☐ その他 ()							
交 付 日	年 月 日		交付方法		窓口 ・ 郵送			
☐ AD 回収入力 年 月 日 回収	受付		入力		確認			
在留期間確認	☐ 要 ☐ 不要		在留期間の満了日		年 月 日			

受付印

国民健康保険被保険資格確認書等再交付申請書
国民健康保険被保険資格確認書返還不能届

尾道市長様

- ☒ 次の理由により、

☒ 国民健康保険資格確認書
☐ 国民健康保険資格情報通知書

の再交付を申請します。
- ☐ 次の理由により、国民健康保険資格確認書を返還することができませんので届け出ます。

申請年月日	R7年 4月 1日	電話番号	0123-45-6789
被保険者番号		01234567	
申請者氏名	尾道 太郎	世帯主との続柄	☒ 本人 ☐ 世帯員() ☐ その他()
申請者住所	尾道市久保一丁目15番1号		
世帯主氏名	尾道 太郎		

※対象の手續に☑をしてください。
※代理人が申請する場合は、別途委任状の添付が必要です。

※該当する被保険者について記入してください。

住所		☒ 同上 尾道市			確認欄
	被保険者氏名	生年月日	世帯主との続柄	再交付申請・返還不能の理由	
1	尾道 太郎	昭・平・令 30年〇月〇日	☒ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 <input "="" type="checkbox"/> 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()		
2	尾道 花子	昭・平・令 30年〇月〇日	☐ 本人 ☒ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td><td><input type="/> 紛失 ☒ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()		
3		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td><td><input type="/> 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()		
4		昭・平・令 年 月 日	☐ 本人 ☐ 妻 ☐ 夫 ☐ 子 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td><td><input type="/> 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他()		

※該当する箇所に☑を入れてください。その他の場合は具体的に記入してください。

本人確認書類 (申請者)	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 写真付き公的証明書 ☐ その他 ()							
交付日	年 月 日		交付方法		窓口 ・ 郵送			
☐ AD回収入力 年 月 日 回収	受付		入力		確認			
在留期間確認	☐ 要 ☐ 不要		在留期間の満了日		年 月 日			

受付印