

起案年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日	処理年月日	年 月 日
課 長	課長補佐	課 員			起案者
			下記のとおり再交付してよろしいか、お伺いします。		

国民健康保険		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		再交付申請書	
被保険者	記 号	石 岡	番 号		
被保険者の氏名			生年月日	個人番号	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
再交付申請の理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()					
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 石岡市長 あて					
誓 約 書 この度、私は国民健康保険（資格確認書または、資格情報のお知らせ）の再交付を受けますが、再交付前の（被保険者証、資格確認書または、資格情報のお知らせ）を発見した場合は、速やかに返還いたします。 なお、再交付前の（被保険者証、資格確認書または、資格情報のお知らせ）によって生ずる一切の損害は私が負担し、市に対してご迷惑はおかけしません。 年 月 日 世帯主氏名 石岡市長 あて					

交付 ： 窓口 ・ 郵送 本人確認書類 ： 世帯主 ・ 世帯員 ・ その他 ・ 委任状
届出確認 ： 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ その他 ()