

資 格 確 認 書
 資 格 情 報 の お 知 ら せ
 国民健康保険 限 度 額 適 用 認 定 証 再 交 付 申 請 書
 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証
 特 定 疾 病 療 養 受 療 証

被保険者記号・番号	上 越		
被 保 険 者 氏 名	性 別	生 年 月 日	
個 人 番 号			
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
再 交 付 申 請 理 由	1. 紛 失 2. 破 損 ・ 汚 損 3. その他 ()		
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> (宛先) 上 越 市 長 世帯主 住 所 上 越 市 氏 名 個人番号 電話番号 — —			

※同世帯以外の方が届け出る場合には委任状が必要となります。

届出人 確認欄	届 出 人 氏 名	1. マイナンバーカード 2. 運転免許証 3. その他 ()	受 付 者	発 行
	世 帯 主 との続柄			済・未済