様式第2号

国民健康保険資格確認書等再交付申請書

種別	□資格確認書　□高齢受給者証　□限度額適用認定証　□特定疾病受療証 □資格情報通知書　□その他（　　）
被保険者記号・番号	松国

被保険者	氏　名				生　　年　　月　　日									
					年　　月　　日									
	個人番号													
					年　　月　　日									
	個人番号													
					年　　月　　日									
	個人番号													
					年　　月　　日									
	個人番号													

理　　由	1. 紛失　　2. 盗難 3. 破損　　4. その他（　　）

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

住所　　松原市　　丁目　　番　　号

世帯主

氏名

個人番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－

松　原　市　長　　殿

備考		受付	