

国民健康保険資格確認書等 特例交付申請(返還)書

令和 年 月 日

宝 塚 市 長 宛



申 請 者(世帯主) 住 所
(必ずご記入願います。)

氏 名
個人番号

(世帯主以外の場合) 住 所
氏 名
電話番号 ()

次のとおり、宝塚市国民健康保険規則第13条の規定により、
国民健康保険資格確認書等の特例交付を申請(返還)します。

被保険者番号

特例交付 を受ける 被保険者	フリガナ																
	氏名																
	個人番号					-					-					世帯主との続柄	
	性別	男 ・ 女		生年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和			年		月		日				
交付を必要とする期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日															
修学している 学 校	名称											修学年限	在学年				
	所在地											年	年				
備 考	住民票(市内 ・ 市外)																

※ 以下の欄は記入しないでください。

本証処理	済 ・ 未		特例証処理	窓口交付 ・ 郵送 ・ 回収			宛名 番号	
マイナンバー							受 付 印	
番号確認	済 ・ 未		本人(代理人)確認	済 ・ 未		代理権確認		済 ・ 未
受付者	納付状況		未納時 の処理	税担当者()				入力者
	完納・未納							