

# 門真市国民健康保険 資格情報のお知らせ交付申請書

門真市長 様

令和 年 月 日

|     |      |       |
|-----|------|-------|
| 申請者 | 氏名   |       |
|     | 住所   | 門真市   |
|     | 電話番号 | ( ) - |

次のとおり、門真市国民健康保険の資格情報のお知らせ(資格情報通知書)の交付を申請します。

| 被保険者記号・番号 | 門国 -           |      |                      |
|-----------|----------------|------|----------------------|
| 交付対象者     | 氏名<br>個人番号 ( ) | 生年月日 | 昭和・平成<br>令和・西暦 年 月 日 |
| 交付対象者     | 氏名<br>個人番号 ( ) | 生年月日 | 昭和・平成<br>令和・西暦 年 月 日 |
| 交付対象者     | 氏名<br>個人番号 ( ) | 生年月日 | 昭和・平成<br>令和・西暦 年 月 日 |
| 交付対象者     | 氏名<br>個人番号 ( ) | 生年月日 | 昭和・平成<br>令和・西暦 年 月 日 |

(以下、職員記載欄)

| 受付 | 作成 | 交付方法          | 郵送の場合 |     |
|----|----|---------------|-------|-----|
|    |    |               | 送付者   | 送付日 |
|    |    | 窓口<br>・<br>郵送 |       |     |