

		申 請 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	福井 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒 910-8511 電話番号 0776 - 20 - 5383 福井市大手3丁目10番1号		

被 保 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8					個人番号が不明な場合は 空欄でも構いません
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
保 険	フリガナ	フクイ タロウ								生年月日		大正・昭和		
	氏名	福井 太郎										〇〇年〇〇月〇〇日		
者	住所	〒 910-8511 電話番号 0776 - 20 - 5383 福井市 大手3丁目10番1号								性 別		男	・	女

再交付する 証 明 書	① 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証
申請の理由	① 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

受付	申請者確認		発行
	未 ・ 確	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他	未・済