

被保険者記号番号		島7-				
被 保 険 者	フリガナ 氏名	マイナンバー			世帯主との続柄	生年月日
	①					年 月 日
	②					年 月 日
	③					年 月 日
	④					年 月 日
	⑤					年 月 日
	⑥					年 月 日
再交付申請理由		紛失 その他 ()				
年 月 日 喜多方市長 住所 世帯主 氏名 マイナンバー <input type="text"/> 電話番号 ()						
事務処理欄						
課長		課長補佐		係長		係
受付者名	マイナンバー確認		マイナンバー本人確認		マイナンバー代理権確認	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> その他	
交付者名	<input type="checkbox"/> その他					
	[]		[]		[]	
交付方法 (該当番号に○)	台帳整理	保 管		種別 (該当番号に○)		
	備 考			(1) 資格確認書		
① 窓口交付				(2) 資格確認書 (特別療養費)		
② 郵 送	来庁者名 () 免許証番号 () 職員確認 () その他 ()			(3) 資格情報のお知らせ		
③ その他 ()				(4) 資格情報のお知らせ (特別療養費)		

私は、表面に記載されている申請者又は代理人が本人であることを確認しました。

年 月 日

確認者欄	所属課名	氏 名
		印