

課 長		課 員	
--------	--	--------	--

国民健康保険 再交付申請書

記号番号	上 板		
対象者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
個人番号			
住 所			

該当する□にレを記入すること。

1 再交付を必要とするもの

- 国民健康保険一般（退職）被保険者証
 国民健康保険高齢受給者証
 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証
 国民健康保険特定疾病療養受療証

2 再交付の理由

- 破 損 汚 損 紛 失 その他（ ）

※破損または汚損のため、この申請を行う場合には、破損または汚損した証等を添付してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 氏 名

※世帯主以外の申請の場合、以下も記入すること。

氏 名

世帯主との続柄

電話番号

上 板 町 長 殿

保 険 者 处 理 欄	個人番号確認	身元確認（顔写真のない場合は2点確認）		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等（法定代理人） <input type="checkbox"/> 委任状（任意代理人） <input type="checkbox"/> その他 ()