

蕪崎市国民健康保険被保険者証等再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 蕪崎市長

申請者 住 所 蕪崎市
氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

個人番号

※代理人の場合は委任者との関係 ()

次のとおり、再交付を申請します。

被保険者 記号・番号			
再発行を受ける理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
再発行を受ける者		再発行を受ける証	
氏 名		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
個人番号		<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
氏 名		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
個人番号		<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
氏 名		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
個人番号		<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
氏 名		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 短期被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
個人番号		<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	

▼申請者が、世帯主本人または同居の家族以外の場合は委任状が必要です。

私は、上記申請者に国民健康保険被保険者証等の再交付申請の権限を委任します。

住所	蕪崎市
委任者署名捺印	氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

.....下記の欄は記入しないでください.....

届出人 (窓口に来庁された方)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 同居の家族 (世帯主との続柄:) <input type="checkbox"/> 代理人 (世帯主との続柄:)
届出人の本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
証の回収入力	<input type="checkbox"/> 入力済 (届出日の前日で回収入力)