

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

令和 年 月 日

阿波市長様

下記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

なお、被保険者証等の紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約いたします。

紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに市に返還します。

住所 阿波市  
世帯主 氏名  
個人番号  
電話番号

申請人 住所  
氏名  
続柄 ( ) 電話番号

被保険者証の記号番号	あ わ			
被保険者	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	個人番号			
被保険者証等の種別	一般被保険者証 ・ 退職被保険者証 ・ 高齢受給者証 学生用 ・ 住所地特例用 その他 ( )			
再交付申請の理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ 盗難 その他、理由があれば記入してください。			

※ 処 理 欄	個人番号確認	身元確認 (顔写真のない場合は2点)		代理権の確認	受付印
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等	
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 委任状	
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ( )手帳	( )	( )	
	<input type="checkbox"/> 医療保険証	( )			
	届出者氏名		続柄		