

※太枠内を記入ください。

那珂川市国民健康保険被保険者証等 再交付申請書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

次のとおり、申請します。

申請者(世帯主) 住所 那珂川市

氏名

届出人(窓口に来た方) 住所 那珂川市

〔※世帯が別の方は
委任状が必要です。〕

氏名 (世帯主との続柄)

連絡先 () —

被 保 険 者 証	記号	な	番号	
再 交 付 す べ き 被 保 険 者	氏名 個人番号		生年月日	再交付する証明書
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	昭 平 令		. .	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他() 令和 年 月 日頃			

(申請にあたっての注意事項)

※屋外での紛失の可能性がある場合は、警察への届出をお願いします。

※紛失等により悪用された場合、本市では一切責任を負いかねます。

事 務 処 理 欄			
再 交 付 日	年 月 日	取扱者	
申請者確認	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()		※写しを裏面に貼付すること
再交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(発送日 /) <input type="checkbox"/> その他()		
備考			