

国民健康保険 }
被保険者証・資格証明書
高齢受給者証
限度額適用・標準負担額減額認定証
 再交付申請書

| | | | |
|---|--|----|-------|
| 被保険者証番号 | | | |
| 被保険者氏名 個人番号 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
| | 男・女 | | 年 月 日 |
| | 男・女 | | 年 月 日 |
| | 男・女 | | 年 月 日 |
| 再交付申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>秋田県 男鹿市長 様</p> | | | |

窓口に来られた方（世帯主の場合は記入の必要はありません。）

氏名

印

続柄

個人番号

※同じ世帯の方以外が申請する場合は、委任状を添付してください。

| 調 査 | 国保担当 | 窓口担当 | 確認欄（窓口交付の場合） |
|-----|----------------|----------------|--|
| | 月 日郵送 保・高・減 | 月 日交付 保・高・減 | <input type="checkbox"/> 運転免許証・個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () |

再交付申請書 記載例

国民健康保険 被保険者証 高齢受給者証 限度額適用・標準負担額減額認定証 再交付申請書

| | | | |
|--|--|----------|---|
| 被保険者証番号 | 12341234 | | |
| 被保険者氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
| 男鹿 花子 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 | 妻 | 昭和・平成 10 年 10 月 10 日 |
| | 男・女 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 男・女 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 男・女 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 男・女 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| 再交付申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | |
| 平成 23 年 11 月 11 日 | | | |
| 世帯主 住所 男鹿市船川港船川字泉台 66-1 | | | |
| 氏名 男鹿 太郎 (印) | | | |
| 秋田県 男鹿市長 様 | | | |

再交付希望者の氏名等を記入

世帯主の住所、氏名の記入と押印

窓口に来られた方 (世帯主の場合は記入の必要はありません。)

住所 **男鹿市船川港船川字泉台 66-1**

氏名 **男鹿 小太郎** (印) 続柄 **子**

電話番号 **23 - 2111**

※本人や同じ世帯の方以外が申請する場合は、委任状を添付してください。

| 調査 | 国保担当 | 窓口担当 | 確認欄 (窓口交付の場合) |
|----|----------------|----------------|--|
| | 月 日郵送 保・高・減 | 月 日交付 保・高・減 | <input type="checkbox"/> 運転免許証・住基カード・パスポート <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () |