

決 裁	課長	係長	係員

国民健康保険被保険者証(兼高齢受給者証)再交付申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		山 10 -			
被 保 険 者 氏 名		性別	生 年 月 日		
1		<input type="checkbox"/> 男	昭・平・令 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 女	個人番号(マイナンバー)		
2		<input type="checkbox"/> 男	昭・平・令 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 女	個人番号(マイナンバー)		
3		<input type="checkbox"/> 男	昭・平・令 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 女	個人番号(マイナンバー)		
4		<input type="checkbox"/> 男	昭・平・令 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 女	個人番号(マイナンバー)		
5		<input type="checkbox"/> 男	昭・平・令 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 女	個人番号(マイナンバー)		
再 交 付 申 請 の 理 由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他(

(あて先)光市長

上記のとおり被保険者証(兼高齢受給者証)の再交付を申請します。

旧被保険証(兼高齢受給者証)を発見したときは、ただちに返還します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号
(マイナンバー)

電 話 () -

(市処理欄 以下は記入しないでください)

再 交 付 の 方 法		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 書留郵便(月 日送付)		
番号法による確認	番号確認(本人)	身元確認(本人または代理人)		代理権確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他	1点	<input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 在留力 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他
要 不 要		2点	<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	

※本人確認ができた場合、個人番号の記載は不要