国民健康保険被保険者証　特例交付申請(返還)書

年　　月　　日

宝 塚 市 長　宛

申 請 者(世帯主)　住 所

(必ずご記入願います。)　氏 名

学

個人番号

(世帯主以外の場合)　住 所

氏 名

電話番号　(　　)

次のとおり、宝塚市国民健康保険規則第13条の規定により、国民健康保険被保険者証の特例交付を申請(返還)します。

被保険者番号	

特例交付を受ける被保険者	フリガナ				
	氏名				
	個人番号			世帯主との続柄	
	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日	
交付を必要とする期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日				
修学している学　校	名称			修学年限	在学年
	所在地			年	年
備　考	住民票(市内 ・ 市外)				

※ 以下の欄は記入しないでください。

本証処理	済 ・ 未	特例証処理	窓口交付 ・ 郵送 ・ 回収	宛名番号	
マ イ ナ ン バ ー					受 付 印
番号確認	済 ・ 未	本人(代理人)確認	済 ・ 未	代理権確認	済 ・ 未

受付者	納付状況 完納・未納	未納時の処理	税担当者(　　)	入力者