

国民健康保険被保険者証(兼高齢受給者証) 再交付申請書

宝塚市長宛

次のとおり、国民健康保険法施行規則第7条の規定により国民健康保険被保険者証(兼高齢受給者証)の再交付を申請します。

なお、今回の再交付により問題が生じた場合は私が一切その責任を負い、紛失した被保険者証等を発見したときは直ちに返還します。

世帯主と同一の世帯員が申請する場合は、申請に関して世帯主より委任を受けていることを申述します。

※太枠線内を記入してください。			申請日	年	月	日	被保険者番号											
世帯主	住所					電話 (携帯可)	-											
	氏名					個人番号 (マイナンバー)	-											
申請者	続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員[夫・妻・子・その他()] <input type="checkbox"/> 法定代理人⇒戸籍、登記事項証明書等必要 <input type="checkbox"/> その他()																
	氏名	※申請者が世帯主の場合、氏名・連絡先欄記入不要				電話 (携帯可)	-											
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()																
再交付被保険者	氏名		続柄	生年月日			個人番号(マイナンバー)											
				昭和・平成・令和 年 月 日			-											
				昭和・平成・令和 年 月 日			-											
				昭和・平成・令和 年 月 日			-											

※内部処理記入欄(以下の欄は記入しないでください)。

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート(有効期限内) <input type="checkbox"/> 住基・在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真付に限る) <input type="checkbox"/> その他()					受付者	処理者	受付印
	収納状況	<input type="checkbox"/> 滞納無 <input type="checkbox"/> 滞納有⇒収納担当連絡(担当:) ※直近の未納のみであれば口頭案内						
負担割合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割							
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送(月 日発送) <input type="checkbox"/> 窓口(同一世帯且つ本人確認ができた場合のみ可)							