

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

令和 年 月 日

境港市長 様

申請者(世帯主) 氏 名

住 所

個人番号

電話番号

下記のとおり再交付を申請します。

記

記号・番号		記号	境港	番号																
再 交 付 が 必 要 な 被 保 険 者	氏名・生年月日	枝番		個人番号																
	昭・平・令 . .																			
	昭・平・令 . .																			
	昭・平・令 . .																			
	昭・平・令 . .																			
	昭・平・令 . .																			
	昭・平・令 . .																			
必 要 な も の	必要なものに✓をつけてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証(兼高齢受給者証) <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用(兼減額)認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証																			
理 由	該当するものに✓をつけてください。(理由がその他の場合は具体的に記入してください。) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他() ※破損により再交付を申請する場合は、破損した保険証等を添付してください。																			

来庁者氏名		申請者 との続柄	
来庁者住所 (同一世帯は不要)		電話番号	

※来庁者が世帯主の場合は記入不要。別世帯の人が手続きをする場合は委任状が必要です。

来庁者の本人確認書類 ※市役所記入欄	担当者	
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()		