

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

東根市長 あて

申請人(世帯主) 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 () _____

上記以外の方 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 () _____

世帯主との関係 () _____

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|---|-------|------|---|----|----|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の種類 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 退職被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | | <input type="checkbox"/> 失った <input type="checkbox"/> 汚した <input type="checkbox"/> 破った <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| 被保険者の氏名等 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| | | | 年 月 日 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| ※記入しないでください | 本人確認 | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | | | | |
| | 証確認 | <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 短期[か月] | | | 受付 | 処理 | 確認 | | | | | |
| | 交付 | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送[発送日 /] | | | | | | | | | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | |