

国民健康保険被保険者証等再交付申請書兼紛失届

由利本荘市長 様

届 出 日	令和 年 月 日	被保険者証番号			
届出人氏名			1 世帯主 2 世帯員 3 代理人	届出人住所	電話 () -
世帯主名			本人確認	<input type="checkbox"/> 顔写真付 : 免許・パス・在留・住基・マイ・障がい・() <input type="checkbox"/> その他(2種類) : 健保・介保・後保・年金・通帳・学生・()	
交付者氏名	生年月日	続柄	個人番号	再交付の理由	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	
				紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ()	

【委任状】(届出人が代理人の場合、世帯主又は交付者の委任状が必要です)

私は、国民健康保険被保険者証の交付等に係わるることについて、
上記の方を代理人とし、その権限を委任します。

住所： _____

氏名： _____ 印

交付・回収する証書			
交付	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証
	<input type="checkbox"/> 短期	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 減額認定証
回収	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証
	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 減額認定証	
	<input type="checkbox"/> 短期	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証
※後日郵送 (月 日送付)			

受付印