

国民健康保険各証書等再交付申請書

|             |                    |   |     |         |  |
|-------------|--------------------|---|-----|---------|--|
| 被保険者記号・番号   |                    | 三 み ・   |     |         |  |
| 再交付を希望する証書  |                    | <input type="checkbox"/> 資格確認書（有効期限 . . .）<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格（加入・脱退）証明書<br><input type="checkbox"/> 限度額・減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |     |         |  |
| 再交付申請の理由    |                    | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）   |     |         |  |
| 被 保 険 者 氏 名 | 生 年 月 日            | 性 別   | 続 柄 | 個 人 番 号 |  |
| ①           | 昭和<br>平成 . .<br>令和 | 男・女   |     |         |  |
| ②           | 昭和<br>平成 . .<br>令和 | 男・女   |     |         |  |
| ③           | 昭和<br>平成 . .<br>令和 | 男・女   |     |         |  |
| ④           | 昭和<br>平成 . .<br>令和 | 男・女   |     |         |  |

上記のとおり申請します。  
なお、紛失した資格確認書等を発見したときは、速やかに返却するとともに、今後これに伴う事故についても貴町に迷惑をかけないことを誓約します。

年 月 日

世 帯 主 住 所 みやき町大字

氏 名

個 人 番 号

電 話 番 号

☐同 上 申 請 者 住 所 みやき町大字

氏 名

電 話 番 号

|  |  |           |     |         |  |
|--|--|-----------|-----|---------|--|
| 担 当 課 名  |  | 受 付 年 月 日 | . . | 受 付 者 名 |  |
| <b>申請者確認方法（下記 番で確認）</b><br>①マイナンバーカード ②運転免許証 ③パスポート ④身体障害者手帳 ⑤その他（ ）<br><b>上記の証明書がない場合下記書類を2つ以上（下記 番, 番で確認）</b><br>① 資格確認書 ②年金手帳 ③官公庁から発行された書類（氏名・生年月日または住所が記載されているもの）<br>④住民票の写し ⑤その他（ ）<br><b>申請者が世帯主・世帯員以外の時の委任確認方法（下記 番で確認）</b><br>①委任状 ②対象者の資格確認書 ③成年後見人等を示す公正証書等 ④その他（ ） |  |           |     |         |  |