国民健康保険再交付申請書

※太枠内を黒のボールペンではっきり記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号番号 | 玉　名 | | | | | | |
| 交付申請理由 | 紛　失、　　汚破損、　　盗　難、　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 対　象　者　氏　名 | | | | 生年月日 | | | 証等の種類 |
| 個　人　番　号 | | | |
|  | | | | Ｓ・Ｈ・R 年　　　月　　　日 | | | 1. 資格情報のお知らせ 2. 資格確認書 3. 特定疾病療養受領証 |
|  | | | |
|  | | | | Ｓ・Ｈ・R 年　　　月　　　日 | | | 1. 資格情報のお知らせ 2. 資格確認書 3. 特定疾病療養受領証 |
|  | | | |
|  | | | | Ｓ・Ｈ・R 年　　　月　　　日 | | | 1. 資格情報のお知らせ 2. 資格確認書 3. 特定疾病療養受領証 |
|  | | | |
|  | | | | Ｓ・Ｈ・R　 年　　　月　　　日 | | | 1. 資格情報のお知らせ 2. 資格確認書 3. 特定疾病療養受領証 |
|  | | | |
| 上記の再交付を申請します。  　なお、旧証等を発見した場合はただちに返還するとともに、この件について事故が生じた場合は申請者が一切の責任を負い、貴市に迷惑をかけないことを誓約いたします。  　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　　　　　　住　　所　　　　　　　　　玉名市  　　　　　申請者（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（個人番号　　　　　　　　　　）  　　　　　電話番号　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　－  代理人が申請する場合、下記にも記入してください。同一世帯外の方は、委任状が必要です。（委任状あり　□　）  　　　　住　　所  　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主との続き柄：　　　　　　）  　　　 　電話番号　（　　　　　　　　）　　　　　　　　　－  玉名市長　あて | | | | | | | |
| 受領者署名欄 |  | | | | 年　　 月　　　日受領 | | |
| 来庁者の本人確認 | | | | | | | |
| □マイナンバーカード | | □運転免許証 | □パスポート | | | □障害者手帳 | |
| □通帳 | | □各種医療受給者証 | □その他（ | | | ） | |