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. 特定疾病療養受療証
 |
|  |
|  | Ｓ・Ｈ・R 年　　　月　　　日 | 1. 資格情報のお知らせ
2. 資格確認書
3. 特定疾病療養受療証
 |
|  |
|  | Ｓ・Ｈ・R 年　　　月　　　日 | 1. 資格情報のお知らせ
2. 資格確認書
3. 特定疾病療養受療証
 |
|  |
|  | Ｓ・Ｈ・R　 年　　　月　　　日 | 1. 資格情報のお知らせ
2. 資格確認書
3. 特定疾病療養受療証
 |
|  |
| 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 | □障がい者手帳 |
| □通帳 | □各種医療受給者証 | □その他（　　　　　　　　　 | ） |