

# 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 ----- 個 人 番 号	生年月日	証の種類
	S・H・R	年 月 日	1. 被保険者証 2. 特定疾病療養受領証
	S・H・R	年 月 日	1. 被保険者証 2. 特定疾病療養受領証
	S・H・R	年 月 日	1. 被保険者証 2. 特定疾病療養受領証
	S・H・R	年 月 日	1. 被保険者証 2. 特定疾病療養受領証
<p>上記の証の再交付を申請します。</p> <p>なお、旧証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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 玉名市</p> <p>申請者(世帯主) (個人番号 )</p> <p>電話番号 ( ) —</p>			
<p>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 <input type="checkbox"/> )</p> <p>住 所 _____</p> <p>代理人氏名 (世帯主との続き柄: )</p> <p>電話番号 ( ) —</p> <p>玉名市長 あて</p>			
受領者署名欄		年 月 日	受領
来庁者の本人確認			
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 世帯員の国保証	<input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> 各種医療受給者証	<input type="checkbox"/> その他( )