

国民健康保険関係証書再交付申請書

被保険者番号	12-	世帯主名		個人番号	
被 保 険 者 氏 名 等	個人番号	性別	生年月日	続柄	再交付を申請するものに <input checked="" type="checkbox"/>
	氏名				男・女
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	()	男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	交付申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()			

上記理由により、再交付を申請します。

なお、国民健康保険関係証書に関し、他人が使用し保険給付等を受けた場合、または紛失により貴市に損害を及ぼした場合は、私が責任を負い損害を弁済することを誓約します。

令和 年 月 日

【世帯主】

住 所 平戸市

氏 名

電 話

()

平戸市長 様

(個人情報の取扱いについて)

※この申請書により収集した個人情報は、当該事務にのみ利用するものとし、それ以外の目的に利用しません。

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	確認者印	窓口交付	郵送
特記事項				

**【世帯主と
異なる場合】**

住 所 平戸市

氏 名

電 話

()