

国民健康保険 証再交付申請書

被保険者証  
高齢受給者証 用

岸和田市長 様

申請日 年 月 日

以下のとおり証の再交付を申請します。

記号番号	岸国
------	----

申請者 (世帯主)	氏名	男 女	個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日	●	●	●	●
	住所	岸和田市				
	電話番号	( ) -				
対象者 (再交付が必要な方)	1 氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 男 女	個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日	●	●	●	●
	再交付理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難	証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
	2 氏名	男 女	個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日	●	●	●	●
	再交付理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難	証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
	3 氏名	男 女	個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日	●	●	●	●
	再交付理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難	証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者( )と同じ	世帯主からみた 続柄			
	住所					
	電話番号	( ) -				

※破損で証が現存する場合はご返還ください。

送付先	宛名	区分	病院・施設 その他( )
	住所	〒 -	電話番号 ( ) -

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

\*\*\*\*\* これより下は記入しないでください \*\*\*\*\*

処理欄	本庁受付	センター受付	受付	処理区分	
			本庁処理		郵送 (発送日: 年 月 日) 窓口 確認書類: [ ] の免許証 [ ] の保険証 【その他】
			交付		