

**記入例**

**国民健康保険 証再交付申請書**

被保険者証 用  
高齢受給者証

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	岸和田 太郎	男 女	個人番号 (マイナンバー)											
	生年月日	昭和58年2月1日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	住所	岸和田市岸城町7番1号													
	電話番号	( 072 ) 423 - 9457													
対象者 (再交付が必要な方)	1 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ		個人番号 (マイナンバー)											
	生年月日	年		いずれかに○を											
	再交付理由	(紛失) ・ 破損 ・ 盗難		証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証										
	2 氏名	岸和田 花子	男 女	個人番号 (マイナンバー)											
	生年月日	昭和59年10月1日		5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7
	再交付理由	(紛失) ・ 破損 ・ 盗難		証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証										
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 対象者(2)と同じ		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			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	郵送 (発送日: 年 月 日)	
			本庁処理		交付	窓口 確認書類: [ ] の免許証 [ ] の保険証 【その他】