

# 小郡市国民健康保険 被保険者証(兼高齢受給者証) 再交付申請書

小 郡 市 長 殿

国民健康保険法施行規則第7条及び第7条4の規定に基づき、下記事由により被保険者証等の再交付を申請します。

## ①どなたの再交付が必要ですか

【申請日】 年 月 日

|                  |        |  |      |         |   |
|------------------|--------|--|------|---------|---|
| 被保険者証<br>記号・番号   | 記号     | 番 号  | 電話番号 | —       | — |
| ふりがな             |        |  | 性 別  | 生 年 月 日 |   |
| 氏 名              |        |  | 男・女  | 年 月 日   |   |
| マイナンバー           |        |  |      |         |   |
| 住 所              | 小郡市    |  |      |         |   |
| チェック☑を<br>つけて下さい | 再交付の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |      |         |   |

## ②世帯主について

|                  |   |  |      |   |   |
|------------------|---|--|------|---|---|
| チェック☑を<br>つけて下さい | <input type="checkbox"/> 世帯主は①と同じです → ③へお進みください<br><input type="checkbox"/> 世帯主は①以外の方です → 下に記入し、③へお進みください |  |      |   |   |
| ふりがな             |   |  | 電話番号 | — | — |
| 世帯主<br>氏 名       |   |  |      |   |   |
| マイナンバー           |   |  |      |   |   |

## ③申請に来られた方

|                  |  |  |      |   |   |
|------------------|--|--|------|---|---|
| チェック☑を<br>つけて下さい | <input type="checkbox"/> 世帯主本人です → 記入は以上となります<br><input type="checkbox"/> 世帯主ではありません → 下に記入ください<br><small>注)申請者が世帯主または証を紛失した本人でない場合で、かつ世帯主または本人の委任状をお持ちでない場合は、再交付した証は世帯主宛に郵送でお送りします。</small> |  |      |   |   |
| ふりがな             |  |  | 電話番号 | — | — |
| 氏 名              |  |  |      |   |   |
| 世帯主との続柄          | 同一世帯の家族 ・ その他(                      )  |  |      |   |   |

|      |      |   |
|------|------|---|
| 本人確認 | 1点確認 | マイナンバーカード 免許証 パスポート 在留カード その他(                      ) |
|      | 2点確認 | 年金手帳 年金証書 その他(                      )                 |