

国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の記号	福					番号					
再交付が必要な方の氏名			生年月日				世帯主との続柄		備考		
			昭・平・令 年 月 日								
			個人番号	(省 略)							
			昭・平・令 年 月 日								
			個人番号	(省 略)							
			昭・平・令 年 月 日								
			個人番号	(省 略)							
			昭・平・令 年 月 日								
			個人番号	(省 略)							
再交付理由申請の	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他()										
	紛失等の場所										
	盗難届の提出		<input type="checkbox"/> 有 (提出先) <input type="checkbox"/> 無								

国民健康保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり申請します。

なお、今後被保険者証の保管には十分注意します。

令和 年 月 日
福知山市長 様

世帯主	住所	福知山市	
	氏名		
	個人番号	(省 略)	

申請者	1、世帯主 2、世帯員 3、代理人	氏名		
		電話番号	() -	
	代理人の場合は住所			

※この届出書に記載いただいた特定個人情報(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市国民健康保険事業に係る事務に利用します。

- ※ 破損・汚損の場合は、その被保険者証を添えてください。
- ※ なくなった被保険者証が出てきたときは、ただちに保険年金課又は支所に返還してください。

下記の欄は記入しないでください。

				課長	課長補佐	係長	係員
				決裁			
申請者 実存確認	写真付 (1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 住基カード		
	写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他()			
		<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 福祉医療証		
		<input type="checkbox"/> その他()					
証交付用本人確認		<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 住基カード		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他()			
委任状または代理権確認 (要 添付)		<input type="checkbox"/> 有	証交付	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送	処理日	令 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 無					
証種別	<input type="checkbox"/> 全期証	<input type="checkbox"/> 6カ月証	<input type="checkbox"/> 3カ月証	処理者			
	<input type="checkbox"/> 1カ月証	<input type="checkbox"/> 短期証1年	<input type="checkbox"/> 資格証明書				