

国民健康保険 再交付申請書

受付職員

・太枠欄の中を記入してください。・該当する事項に○をつけてください。

被 保 険 者 の 記 号 番 号		ま ー			
被 保 険 者	氏 名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	交 付 内 容
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 再交付 1. 紛失 2. 破損 3. 焼失 4. その他 ()		<input type="checkbox"/> 窓口交付 1. 証が届かない 2. 郵便局から返戻となった 3. 在留期間の更新 4. その他 ()		
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 世 帯 主 住 所 _____ 氏 名 _____ ④ 個人番号 _____ 電 話 (連絡先) () —					
来 庁 者 住 所 _____ 氏 名 _____ ④ 世帯主との続柄 _____ 電 話 (連絡先) () —					
(宛先) 前橋市長					
〔本人確認〕		〔身元確認〕		〔個人番号確認〕	
<input type="checkbox"/> 免許証		<input type="checkbox"/> 免許証		<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載あり)	
<input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> 他 ()	
<input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 他 ()			
郵送 (/)			交付内容	交付日	確 認

被保険者証等 回収 未回収