

国民健康保険 再交付申請書

・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) () ー 来庁者 住所 _____ 氏 名 _____ ④ 世帯主との続柄 _____ 電 話 (連絡先) () ー (宛先) 前橋市長 | | | | |
| [本人確認] <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他 () | | [身元確認] <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他 () | | [個人番号確認] <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号記載あり) <input type="checkbox"/> 他 () | |
| 郵送 (/) | | | 交付内容 | 交付日 | 確 認 |
| | | | | | |