

課長		課長補佐		係長		係	
----	--	------	--	----	--	---	--

受付印

国民健康保険再交付申請書

再交付する被保険者の氏名 個人番号	生年月日	再交付が必要なもの	再交付の理由
	昭平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書(マイナ保険証がない方) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(マイナ保険証がある方) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 未着
	昭平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書(マイナ保険証がない方) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(マイナ保険証がある方) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 未着
	昭平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書(マイナ保険証がない方) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(マイナ保険証がある方) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 未着
	昭平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書(マイナ保険証がない方) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(マイナ保険証がある方) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 未着

上記の者の再交付を申請します。

令和 年 月 日

仁淀川町長 様

世帯主 住所 仁淀川町

氏名

申請者 住所

(代理人)

氏名

世帯主
との続柄

電話番号

役場記入欄 (申請者の方は 記入不要)	(申請者本人確認) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 ※顔写真の無いものは以下の2点以上確認。 <input type="checkbox"/> 保険証または資格確認書 + <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ + <input type="checkbox"/> 介護保険証 + <input type="checkbox"/> 年金証書 + <input type="checkbox"/>
	(交付) 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/>
	※本人確認ができない場合や同一世帯員ではない場合は、窓口交付不可・世帯主へ郵送。
(備考)	