

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----|-----------|-------|--------------------|------|--|-----------|--|--|--|
| 被保険者証の番号 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主名 | | | | | | 電話番号 | | | | | |
| 再交付を必要とする被保険者 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 続 柄 | 生年月日 | | | | 種 別 | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 1 | | 男・女 | | 年 月 日 | | | | 1・2・3・4・5 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 2 | | 男・女 | | 年 月 日 | | | | 1・2・3・4・5 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3 | | 男・女 | | 年 月 日 | | | | 1・2・3・4・5 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 種別 | 1 被保険者証 | | 2 高齢受給者証 | | 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 | | | | | | |
| | 4 特定疾病受療証 | | 5 その他 () | | | | | | | | |
| 上記のとおり被保険者等の再交付を申請します。 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 大槌町長 殿 | | | | | | | | | | | |
| 届出者住所 大槌町 _____ | | | | | | | | | | | |
| 届出者氏名 _____ 印 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|-------|--|
| 委 任 状 | | | | | |
| 代 理 人 | 住 所 | | | 生年月日 | |
| | 氏 名 | | | 連 絡 先 | |
| 委任内容 | 1 被保険者証 2 高齢受給者証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 特定疾病受療証 再交付 | | | | |
| 大槌町長 殿 | | | | | |
| 私は、上記の者を代理人とし、上記の権限を委任します。 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 委任者 住所 大槌町 _____ | | | | | |
| 氏名 _____ 印 | | | | | |
| 代理人との続柄 _____ | | | | | |

| | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード | | | | |
| | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |