

様式第4号（第9条関係）

再発行が必要な証書の番号に○をつけてください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	収納チェック

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

再交付する証	① 被保険者証	2 被保険者資格証明書
	3 被保険者証兼高齢受給者証	4 限度額適用認定証
	5 限度額適用・標準負担額減額認定証	6 特定疾病療養受領証
	7 その他（	）

証書の再発行が必要な方全員の名前等を記入してください。

被保険者証	記号		生年月日		生年月日	
被保険者氏名	性別	生年月日	個人番号	性別	生年月日	生年月日
結城 太郎	①男・女	S60年4月30日		男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日		男・女	年 月 日	年 月 日
	男・女	年 月 日		男・女	年 月 日	年 月 日

再交付理由 ① 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他（ ）

上記のとおり申請いたします。

令和2年 4月 1日

住所 結城市大字結城1447
 (世帯主)
 氏名 結城 太郎 ①印
 個人番号
 電話番号 0123 (45) 6789

申請者は世帯主です。
 日中連絡がつく電話番号を記入してください。

委任状

上記の申請に基づく国民健康保険被保険者証等の受領を

住所
 (受領者)
 氏名 _____ 印 に委任します。

年 月 日

世帯主氏名 _____ 印

※事務処理欄

受領者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--