

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。  
個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元にならない場合は記入不要です。

被保険者証	記号					
被保険者氏名	性別	生年月日	性別	年	月	日
個人番号						
結城 太郎	男・女	S60年4月30日	男・女	年	月	日
123456789012						
	男・女	年 月 日	男・女	年	月	日
	男・女	年 月 日	男・女	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5年 4月 1日

個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元にならない場合は記入不要です。

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。

住所 結城市中央町二丁目3番地  
氏名 結城 太郎  
個人番号 123456789012  
電話番号 0296 (32) 0000

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 \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

世帯主氏名

※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( )			