

# 国民健康保険 再交付申請書



益 城 町 長 様

下記のとおり申請します。

届出日	年 月 日			※太枠内をご記入ください。																		
世帯主	氏名											個人番号										
	住所	益城町大字																				
届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ										電話番号	- -									
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日																				
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ																				
再交付する人		世帯主との続柄	生年月日		再交付するもの																	
個人番号					<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )																	
			昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )																	
			昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )																	
			昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )																	
再交付の理由			紛失・破損・盗難																			

役場記入欄

本人確認					<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 短期証・資格証該当 無・有</li> <li>■ 滞納 無・有 ⇒ 税務課案内 済・不要</li> <li>■ 発効期日確認 済 ( / )</li> </ul>
1点	2点				
免・個・パ・在・障・住(有)他( )	保・年手・年証・介住(無)・重他( )	学・社・通他( )	聴聞		
証番号	受付	交付	確認		