国民健康保険被保険者証等再交付申請書

令和　　年　　月　　日

島　田　市　長

次のとおり、国民健康保険被保険者証等の再交付の申請をします。
（代理人による申請の場合、この手続きによる一切の責任を負います。）

住　　所

世帯主氏名　　個人番号

申　請　者　　続　　柄

電話番号

再交付申請する証等	□　被保険者証（または被保険者証兼高齢受給者証） □　限度額適用認定証（または限度額適用・標準負担額減額認定証） □　特定疾病療養受療証
申請理由	□　紛　失　　□　破　棄 □　その他（　　）

被保険者証記号番号及び個人番号	被保険者氏名	生年月日	続柄	備考
		昭・平・令 ・　・		
		昭・平・令 ・　・		
		昭・平・令 ・　・		
		昭・平・令 ・　・		
		昭・平・令 ・　・		
		昭・平・令 ・　・		

確認項目	確認欄	確認者
交付証確認	□　被保険者証（普・短・資） □　限度額　□　特定疾病	
本人確認	□　免許証　□　個人番号カード □　その他（　　） □　郵　送（令和　　年　　月　　日）	
個人番号確認	□　本人確認済みため記載不要 □　通知カード　□　その他（　　） □　職権記載（持参がないとき）	
税確認	□　未納なし　□　未納あり（職員対応：要・不要）	（職員）

確認欄	受付	発行	確認	交付

委 任 状

委任された人(代理人)

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　上記の者を代理人に選任し、国民健康保険被保険者証等の再交付の手続きを委任いたします。

令和　　年　　月　　日

　島田市長

委任する人(委任者)

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世 帯 主 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿