

国民健康保険

- 被保険者証(兼高齢受給者証)
- 限度額適用(標準負担額減額)認定証
- 特定疾病療養受療証
- その他()

再交付申請書

(あて先)糸魚川市長

※太枠の中を記入してください。

①申請者(世帯主)	申請年月日	令和 年 月 日		
	住所(世帯主)	糸魚川市		
	氏名(世帯主)	(マイナンバー(個人番号))		

②再交付が必要な人	被保険者証番号	再交付申請の理由		
		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> その他()		
	被保険者氏名	続柄	生年月日	個人番号
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	

※紛失した証を発見した場合は、すぐに返却してください。
 ※汚損・破損の場合は、その証を添付してください。

③届出人	氏名	<input type="checkbox"/> ①と同じ	続柄()	電話
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ		

※③届出人が別世帯の場合は、下記④委任欄を記入してください。 【本人確認】 免・個・保・職・他()

④委任欄	再交付手続(申請・受領)について下記のとおり委任します。			
	受任者(③届出人)	氏名	住所	
	委任者(①世帯主)	氏名	印	

※自署の場合押印不要

市処理欄	再交付内容	<input type="checkbox"/> 被保険者証(一般・高齢・短期・資格・マル学・住特)【有効期限 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 限度・減認証(ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ)【発効期日 年 月 日】 ※オ・低Ⅱの場合(長期入院なし・あり→【該当日 年 月 日 ※要交付者印】) <input type="checkbox"/> 特定疾病受領証【発効期日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> その他()			受付印
		<input type="checkbox"/> 窓口交付 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 郵送交付			
	受付	交付	審査	備考	

窓・郵・電 窓・郵