

国民健康保険

- ☐ 資格情報のお知らせ
☐ 資格確認書(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	被保険者番号	再交付申請の理由 ☐ 紛失 ☐ 汚損・破損 ☐ 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	
			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	□①と同じ	続柄()	電話	
	住所	□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・資・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	☐ 資格情報のお知らせ【有効期限 年 月 日】 ☐ 資格確認書(一般・高齢・特別・マル学・住特)【有効期限 年 月 日】 ☐ 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】) ☐ 特定疾病受療証【発効期日 年 月 日】 ☐ その他()				
		☐ 窓口交付 令和 年 月 日 ☐ 郵送交付			受付印	
		受 付	交 付	審 査		備 考
		窓・郵・電	窓・郵			