

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証の 記号番号	珠			
被 保 険 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	個 人 番 号
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	

再交付する 証明書	被保険者証 被保険者証兼高齢受給者証 特定疾病療養受領証	限度額適用・標準負担額減額認定証 限度額適用認定証 その他()
--------------	------------------------------------	--

再交付申請 の理由	
--------------	--

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏 名

電話番号

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: () <input type="checkbox"/> その他() No. () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他