

長崎県国民健康保険被保険者証等再交付申請書

(被保険者証・資格証明書・特定疾病療養受療証)

被保険者証記号番号	時津・	世帯主氏名	
再交付対象者をご記入ください。			
個人番号	氏名	性別	生年月日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 (自宅内・外出時) <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<p>上記の理由により、国民健康被保険者証等の交付を申請します。</p> <p>なお、紛失した国民健康保険被保険者証等を発見したときは、直ちに返還いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者：<u>世帯主</u> 住 所：<u>時津町</u> 郷 <u>番地</u></p> <p>氏 名：<u></u></p> <p>電話番号：<u> — —</u></p> <p>個人番号：<u></u></p> <p>時津町長 様</p>			

(職員確認欄)

個人番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票の写し又は住民票記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 職権
本人確認 ① 又は ②	<p>① 1枚書類提示</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード、<input type="checkbox"/>運転免許証、<input type="checkbox"/>パスポート、<input type="checkbox"/>顔写真付き住基カード、<input type="checkbox"/>官公署が発行した免許証、許可証、資格証明書等</p> <p>② 複数書類提示</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険証 (他保険者を含む)、<input type="checkbox"/>年金手帳、<input type="checkbox"/>被爆者健康手帳、<input type="checkbox"/>顔写真無し住基カード、<input type="checkbox"/>顔写真付き学生証・社員証、<input type="checkbox"/>預金通帳 (カード) 等</p> <p><input type="checkbox"/>聴き取り票 (届出者が記入)</p>			