

国民健康保険被保険者証等再交付申請書					
					国保番号
再交付する証の種類	<p style="color: red; font-size: small;">再交付してほしいものに今エックを入れています。</p> <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証				
被 保 険 者	氏 名 個人番号	性別	主との 続 柄	生 年 月 日	記 号 番 号
	桜川 太郎 123456789012	男 女 男	本人	昭和 平成 西暦 30.3.3	
		男・女		昭和 平成 西暦	
		男・女		昭和 平成 西暦	
<p>【再交付申請の理由】</p> <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 あてはまるものに今エックを入れています。 <input type="checkbox"/> その他 () (紛失等の日時: R2年00月00日, 場所: 00000)					
<p>上記のとおり申請いたします。 なお、国民健康保険被保険証等を発見したときは、ただちに返納し、紛失に伴い生じた事故については、市に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p>R2年00月00日</p> <p style="text-align: right;">(世帯主) 住 所: 桜川市 岩瀬64-2 氏 名: 桜川太郎 (印) (印) 世帯主 個人番号: 1234 5678 9012 電話番号: 0296 (75) 3111</p> <p>桜川市長 様</p>					
<p>窓口に来た方が世帯主でない場合は、この欄も記入してください。</p> <p>(申請人) 氏 名: (印) 世帯主との続柄 () 【同一世帯以外】住 所: 電話: ()</p>					
処理欄	<p>【本人確認】</p> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () <p>【処理】</p> <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (年 月 日)				