

< 記入例 >

様式第3号 (第9条関係)

国民健康保険被保険者証					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 再交付してほしいものに チェックを入れてください </div>					
再交付する証の種類	<input 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	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <再交付する方について> 氏名・性別・生年月日 ※主との続柄 世帯主からみてどのような続柄か ※個人番号は記入しない </div>			昭和 平成 西暦	. .	
			昭和 平成 西暦	. .	
			昭和 平成 西暦	. .	
【再交付申請の理由】 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 () (紛失等の日時: 年 月 日, 場所:)					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> あてはまるものに チェックを入れてください </div>					
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。 年 月 日 (世帯主) 住 所: 桜川市 氏 名:) 個人番号:) 電話番号: ()					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入日 (和暦表記で) <世帯主の方について> 住所・氏名・電話番号 ※個人番号は記入しない </div>					
桜川市長 様					
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。 (申請人) 氏 名: 世帯主との続柄 () 【同一世帯以外】 住 所: 電話: ()					
処理欄	【本人確認】 <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 () 【処理】 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (年 月 日)				