

様

太枠内を記入ください。

済欄	係	起案者	備考	交付 令和 年 月 日 本人確認 ・免許証確認 ・旧証持参 ・その他 ()

国民健康保険 被保険者証 再交付申請書
高齡受給者証

被保険者証番号	000 — 000000	世帯主氏名	桜 太郎
住所	さくら市 氏家 2771 番地		
該当者氏名 及び個人番号	氏名 桜 太郎	個人番号 123456789012	被保険者証 高齡受給者証
	氏名	個人番号	被保険者証 高齡受給者証
	氏名	個人番号	被保険者証 高齡受給者証
	氏名		被保険者証 高齡受給者証
	氏名		被保険者証 高齡受給者証
再交付申請の理由	紛失 汚破損 その他 ()		

再交付を希望する方の氏名とマイナンバーを記入ください。マイナンバーがわからない場合は、空欄にしてください。

この申請書の記入年月日を記入ください。

住所、氏名、生年月日、日中に連絡可能な電話番号を記入ください。

令和 2 年 5 月 1 日
申請者 住所 さくら市 氏家 2771 番地
氏名 桜 太郎 (昭和・平成 40 年 ○月 ○日生まれ)
電話番号 028-681-1116
代理人 住所
氏名 (昭和・平成 年 月 日生まれ)
電話番号
さくら市長 様

委任状により他世帯の方に申請いただく場合は、代理人の欄に、代理人の氏名等を記入ください。

支受