

国民健康保険再交付申請書

宗 像 市 長 あて

今般、国民健康保険被保険者証等を

(紛失 ・ 破損 ・ 未着) のため、再交付をお願いします。

なお、万一被保険者証の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切迷惑を掛けないことを誓約します。

記号番号	宗							令和	年	月	日申請
世帯主	住 所	宗像市									
	氏 名										
	個人番号										
申請者	住 所	上と同じ場合省略可									
	氏 名										
	電話番号										
対象者及び 証種類	1	氏 名								<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
		生年月日	年	月	日						
		個人番号									
	2	氏 名								<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
		生年月日	年	月	日						
		個人番号									
	3	氏 名								<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
		生年月日	年	月	日						
		個人番号									
市確認等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()								<input type="checkbox"/> 委任状		
	<input type="checkbox"/> 収納状況確認				交付 ・ 郵送		受付者				

* 太字・太枠内をご記入ください。

* 世帯主と同一世帯ではない代理人が申請をする場合には、必ず委任状を添付してください。(原則、郵送での交付となります)